Е. Л. МАЧЕРЕТ, В. П. ЛЫСЕНЮК, И. З. САМОСЮК

АТЛАС АКУПУНКТУРНЫХ ЗОН

Е. Л. МАЧЕРЕТ, В. П. ЛЫСЕНЮК, И. З. САМОСЮК

АТЛАС АКУПУНКТУРНЫХ ЗОН

КИЕВ
ГОЛОВНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ИЗДАТЕЛЬСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ
«ВИЩА ШКОЛА»
1986

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 4

ГЛАВА 1

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ. СПОСОБЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА АКУПУНКТУРНЫЕ ЗОНЫ . . 7

Иглоукалывание 7
Микроиглотерапия 14
Периостальная акупунктура 17
Акупрессура 18
Термопунктура 20
Криопунктура 22
Электропунктура и электроакупунктура . 23
Другие виды акупунктурных воздействий 27
Локализация акупунктурных точек . . . 28

ГЛАВА 2

ТОПОГРАФИЯ КОРПОРАЛЬНЫХ ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ И ПОКАЗАНИЯ К ВОЗДЕЙСТВИЮ НА НИХ 35

Меридианные точки 35
Меридиан I (легких) 35
Меридиан II (толстой кишки) 41
Меридиан III (желудка) 49
Меридиан IV (селезенки, поджелудочной железы) 62
Меридиан V (сердца) 70
Меридиан VI (тонкой кишки) 74
Меридиан VII (мочевого пузыря) . . . 81
Меридиан VIII (почек) 100
Меридиан IX (перикарда) 107
Меридиан X (трех частей туловища) . . 111
Меридиан XI (желчного пузыря) . . . 119
Меридиан XII (печени) 133
Меридиан XIII (заднесрединный) . . . 137
Меридиан XIV (переднесрединный) . . 146
Внемеридианные точки 151
Голова, шея 151
Передняя поверхность туловища . . . 156
Задняя поверхность туловища 158
Верхняя конечность 163
Нижняя конечность 170
«Новые» точки 177
Голова, шея 177
Передняя поверхность туловища . . . 182
Задняя поверхность туловища 183
Верхняя конечность 185
Нижняя конечность 189

ГЛАВА 3

АУРИКУЛЯРНЫЕ АКУПУНКТУРНЫЕ ЗОНЫ 197

Зона мочки уха (I) 207
Зона козелка (II) 208
Зона передней вырезки уха (III) . . . 210
Зона межкозелковой вырезки (IV) . . 210
Зона задней борозды ушной раковины (V) 210
Зона противокозелка (VI) 211
Зона противозавитка (VII) 212
Зона верхней ножки противозавитка (VIII) 213
Зона нижней ножки противозавитка (IX) 214
Зона треугольной ямки (X) 214
Зона ладьи (XI) 215
Зона завитка (XII) 216
Зона ножки завитка (XIII) 217
Зона, прилежащая к ножке завитка (XIV) 217
Зона челнока (чаши) раковины (XV) . . 218
Зона полости раковины (XVI) . . . 219
Зона задней поверхности ушной раковины (XVII) 220
Зона наружного слухового прохода (XVIII) 220

ГЛАВА 4

ЗОНЫ ПОВЕРХНОСТНОЙ МНОГОИГОЛЬЧАТОЙ АКУПУНКТУРЫ . . . 221

Голова, шея 225
Передняя поверхность туловища . . . 226
Задняя поверхность туловища 228
Верхняя конечность 228
Нижняя конечность 229

ГЛАВА 5

МИКРОАКУПУНКТУРНЫЕ СИСТЕМЫ . 231

Зоны краниопунктуры 231
Микроакупунктурная система экзональных точек 235
Микроакупунктурная система оральных точек 237
Микроакупунктурные системы кисти и стопы (мано- и педопунктура) . . . 238
Схемы иридодиагностики 240

Список рекомендуемой литературы . . . 243

Указатель точек акупунктуры 244

Алфавитный указатель корпоральных точек акупунктуры 250

ПРЕДИСЛОВИЕ

Рефлексотерапия, в частности акупунктура, является одним из мощных средств, повышающих функциональные возможности организма и эффективно применяемых при дисфункции отдельных систем и органов. Об этом свидетельствуют не только история метода, насчитывающая тысячелетия, но и современный опыт и новейшие научные разработки.

Наряду с интенсивными поисками повышения эффективности рефлексотерапии продолжает расширяться сфера ее применения. Использование метода практически во всех разделах клинической медицины, а также возможность диагностики функционального состояния организма по некоторым параметрам акупунктурных точек привлекли к нему внимание не только врачей, но и физиологов, биологов, специалистов технического профиля. Комплексные изыскания дали возможность внедрить в практику рефлексотерапии самые разнообразные способы и технические средства воздействия на акупунктурные зоны, вплоть до оптических квантовых генераторов.

Целенаправленное развитие рефлексотерапии в нашей стране предусматривает интенсивную подготовку врачей различных специальностей, владеющих методом рефлексотерапии, а также издание соответствующих руководств. Существующие монографии и пособия, охватывая общие и частные проблемы рефлексотерапии, не содержат достаточно полных и наглядных анатомо-топографических материалов по локализации акупунктурных зон, что затрудняет овладение этим методом. Настоящее пособие является попыткой восполнить этот пробел и помимо изложения топографии зон воздействия освещает методические основы определения точек акупунктуры, уделяя внимание различным способам проведения рефлексотерапии.

Основной акцент в изложении материала делается на топографии точек акупунктуры. Это строго определенные по локализации и ограниченные по размерам участки кожи и подлежащих тканей, на которые направлены различного рода воздействия с целью нормализации функционального состояния отдельных органов или систем организма.

Отметим важнейшие анатомо-функциональные особенности акупунктурных зон:

1) размеры на поверхности кожи порядка нескольких миллиметров (аурикулярные зоны меньше корпоральных [1]);

2) обнаруживаются у человека с момента его рождения и располагаются идентично у разных индивидуумов;

3) визуально не отличаются от близлежащих участков кожи;

4) почти всегда более чувствительны к прессации (давлению) по сравнению с окружающими участками кожи; при определенных заболеваниях некоторые точки становятся болезненными при надавливании, что имеет диагностическое и терапевтическое значение;

5) более высокая концентрация чувствительных образований: экстероцепторов, проприоцепторов, окончаний вегетативных периваскулярных сплетений;

6) характеризуются более интенсивными метаболическими процессами и усиленным поглощением кислорода;

7) обладают особыми биофизическими свойствами: уменьшением электросопротивления по сравнению с окружающими участками, увеличением инфракрасного излучения, определенной направленностью электротепловых биоэнергетических преобразований.

В последние годы локализация ряда точек акупунктуры уточнена благодаря использованию различных методических подходов для их идентификации. Однако в результате возникают определенные противоречия между описанием топографии акупунктурных точек в ряде руководств и их реальной анатомической локализацией, особенно с учетом современных нейроанатомических данных. Авторы надеются, что

[1] Выделение корпоральных и аурикулярных зон (точек) акупунктуры обусловлено не только их принадлежностью к разным анатомическим областям, но и различными свойствами.

данное пособие в значительной мере поможет преодолеть указанные противоречия.

При изложении материала были максимально соблюдены общепринятые, проверенные временем подходы, касающиеся систематизации и обозначения акупунктурных зон. При изучении местоположения классических точек акупунктуры наиболее удобно использование меридианной системы как своеобразной системы отсчета [1]. Объединение групп точек в меридианы по функциональному признаку позволяет более эффективно осуществлять подбор и сочетание точек акупунктуры, включая традиционные правила.

Исходя из меридианного принципа классификации точки акупунктуры можно легко кодировать, так как на меридиане они имеют определенный номер. При подобной системе обозначений не обязательно знать древнее название точки, достаточно помнить ее номер и буквенное (сокращенное по первым буквам названия меридиана) или цифровое обозначение меридиана. Наш педагогический опыт показывает, что наиболее удобной для учебно-методических целей является французская буквенно-цифровая система обозначений, которая стала практически интернациональной. Кроме французской распространены английская и немецкая системы, не исключено также применение обозначений меридианов по-латыни. Наметилась тенденция, особенно в публикациях на русском языке, к переходу на цифровые обозначения: порядковый номер точки обозначается арабскими цифрами, а принадлежность к определенному меридиану — римскими.

С учетом указанных обстоятельств при описании корпоральных точек акупунктуры нами приведено для каждой меридианной точки обозначение принадлежности к меридиану как буквенное (французское), так и цифровое (в скобках римскими цифрами), а порядковый номер на меридиане обозначен арабскими цифрами. Например, для точки ле-цюс — P(I)7, где P — сокращенное название меридиана легких по-французски, I — номер меридиана, 7 — порядковый номер точки на меридиане. При произношении цифровое обозначение меридиана обычно опускается — P7. Для внемеридианных и «новых» точек указывается порядковый номер точки и буквенное (французское) сокращенное обозначение соответствующего класса точек: внемеридианные — PC, «новые» — PN. Например, обозначение известной внемеридианной точки инь-тан — PC3. Кроме того, приводятся китайские названия точек в русской транскрипции в соответствии с официальными латинскими названиями (см. «Указатель корпоральных точек акупунктуры», с. 250).

При обозначении точек акупунктуры ушной раковины указано сокращенное название класса аурикулярных точек — AP, далее в скобках римскими цифрами — номер анатомической зоны ушной раковины и арабскими цифрами — порядковый номер точки согласно международной классификации. Например, обозначение точки глаза, локализующейся в зоне мочки уха,— AP(I)8.

В первой главе пособия кратко представлены методические основы рефлексотерапии, что позволяет более целенаправленно представить анатомо-топографические описания акупунктурных зон при дальнейшем изложении. Освещены разнообразные методы воздействия на акупунктурные зоны, классические и аппаратные способы определения локализации точек акупунктуры.

Вторая глава включает топографию корпоральных точек акупунктуры и основные показания к воздействию на них. Расположение меридианных, важнейших внемеридианных и «новых» точек относительно кожи и подлежащих тканей показано на рисунках и схемах с описанием топографи-

[1] Термин «меридиан» введен S. de Morant (1955) как эквивалент древневосточного понятия «канал циркуляции жизненной энергии» (цзин-ло). В настоящее время меридианная система широко используется для систематизации и обозначения значительного числа точек акупунктуры.

ческой анатомии соответствующей области, технических особенностей проведения рефлексотерапии, указанием основных показаний к воздействию на точки.

В третьей главе, посвященной аурикулярной рефлексотерапии, наряду с данными по анатомии ушной раковины в виде рисунков и схем представлены используемые в рефлексотерапии аурикулярные зоны и точки. Иллюстративный материал сопровождается описанием локализации аурикулярных точек акупунктуры, даны также основные показания к воздействию на них.

В четвертой главе представлены зоны поверхностной многоигольчатой акупунктуры и принципы ее применения. Изображение каждой зоны сопровождается описанием особенностей многоигольчатой стимуляции с указанием направления линий раздражения.

Заключительная, пятая, глава посвящена открытым в последние годы микроакупунктурным системам (краниопунктура, или скальптерапия, экзоназальная и оральная акупунктура, микроакупунктурные системы кисти и стопы). Представлены также зоны иридодиагностики.

В книге имеются указатели корпоральных точек акупунктуры (русские и официальные латинские наименования), а также указатель аурикулярных точек акупунктуры.

Приступая к подготовке книги, авторы хорошо представляли себе все трудности, связанные с выполнением поставленной задачи. Опыт многолетнего преподавания на цикле рефлексотерапии при кафедре неврологии № 1 Киевского государственного института усовершенствования врачей послужил основанием для такой попытки.

В работе использованы современные сведения по локализации акупунктурных зон с учетом некоторых результатов собственных исследований. Терминология приведена в соответствии с Международной анатомической номенклатурой (1980).

ГЛАВА 1

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ. СПОСОБЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА АКУПУНКТУРНЫЕ ЗОНЫ

ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ

Классический метод иглоукалывания предусматривает воздействие на точки акупунктуры специальными акупунктурными иглами. В зависимости от поставленной лечебной цели применяют различные технические приемы воздействия. При иглоукалывании раздражению подвергаются определенные рецепторные образования кожи и подлежащих тканей. На рис. 1, 2 представлены основные элементы стимулируемых периферических нервных структур в отдельных слоях. Эпидермальный слой раздражения вовлекается на самых начальных этапах введения акупунктурной иглы, уже при ее прикосновении к коже. Стимулируются тактильные экстерорецепторы, афферентация от которых проводится по толстым миелиновым волокнам типа А-бета (диаметр 8—12 мкм, скорость проведения нервного импульса — 40—70 м/с).

При более глубоком введении иглы раздражается дерма, содержащая наряду с тактильными экстерорецепторами болевые и температурные, а также окончания вегетативных периваскулярных сплетений. Кроме волокон А-бета здесь имеются: тонкие миелиновые волокна А-дельта (диаметр 1—4 мкм, скорость проведения импульса 5—15 м/с), проводящие болевую и частично температурную афферентацию; тонкие миелиновые волокна типа В (диаметр 1—3,5 мкм, скорость проведения импульса 3—18 м/с) — преимущественно преганглионарные волокна вегетативной нервной системы, а также безмиелиновые тонкие волокна С (диаметр 0,5—2 мкм, скорость проведения импульса 0,5—3 м/с), большинство которых являются постганглионарными симпатическими волокнами (меньшая часть проводит ноцицептивную афферентацию).

При стимуляции акупунктурной иглой подкожной основы (клетчатки) и мышечно-фасциального слоя раздражаются прежде всего проприоцепторы и окончания вегетативных периваскулярных сплетений. Здесь находятся: толстые миелиновые волокна типа А-альфа (диаметр 12—22 мкм, скорость проведения импульса 70—120 м/с) — афферентные от проприоцепторов и эфферентные от скелетных мышц; миелиновые волокна А-гамма (диаметр 4—8 мкм, скорость проведения импульса 15—40 м/с), которые являются эфферентами мышечных веретен и в меньшей степени проводят афферентацию от рецепторов прикосновения и давления; волокна типа В и С.

Иногда осуществляют стимуляцию еще более глубоко лежащего слоя — надкостницы (периоста) (см. рис. 2) — периостальную акупунктуру (см. «Периостальная акупунктура», с. 17). Наоборот, поверхностное (эпидермальное) раздражение характерно для способа поверхностной многоигольчатой акупунктуры (см. «Поверхностная многоигольчатая акупунктура», с. 221).

Стимуляция акупунктурной иглой различных периферических нервных структур обусловливает определенную модальность вызванных (предусмотренных) ощущений. Так, ощущение острой локализованной боли связывают с раздражением волокон А-дельта, вслед за этим часто возникает разлитое, тупое болевое ощущение за счет вовлечения медленно проводящих нервную импульсацию волокон С. Чувство тяжести возникает при раздражении рецепторов, чувствительных к давлению, ощущение распирания — в результате изменения микроциркуляции и увеличения проницаемости стенки сосудов, тепла — за счет усиления микроциркуляции. Онемение является результатом местной гипоалгезии при манипулировании акупунктурной иглой (Ф. Уоррен, 1981).

Различают несколько **способов введения иглы** (рис. 3).

Введение вращением (поворотами) (рис. 3, *а*, 4). При этом способе методически правильным считается удержание иглы за рукоятку тремя пальцами: I палец с одной стороны, а II и III — с другой. В этом положении игла крепко удерживается и манипулировать ею можно совершенно свободно. Чтобы ускорить введение, указа-

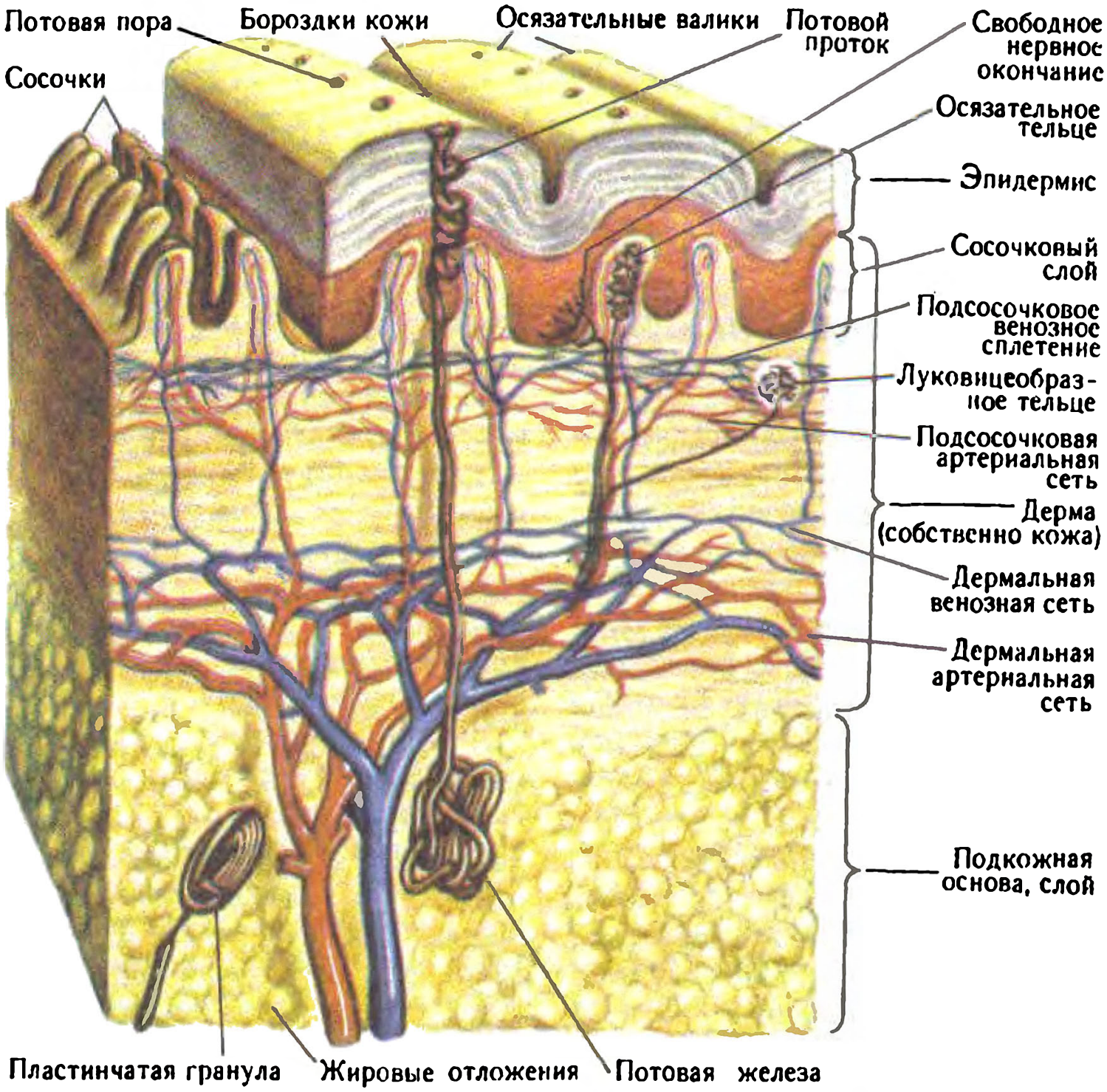


Рис. 1. Строение кожи (по Kiss, Szentagothai).

СЛОИ РАЗДРАЖЕНИЯ	РЕЦЕПТОРНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ	ВОЛОКНА
Эпидермальный	Тактильные экстерорецепторы	А-бета
Дермальный	Тактильные, болевые и температурные экстерорецепторы, окончания вегетативных периваскулярных сплетений	А-бета, А-дельта, В,С
Субдермальный, (включая миофасциальный)	Проприорецепторы, окончания вегетативных периваскулярных сплетений	А-альфа, А-гамма, В,С
Периостальный	Болевые, тактильные и температурные экстерорецепторы, окончания вегетативных периваскулярных сплетений	А-бета, А-дельта, В,С

Рис. 2. Схема стимуляции различных слоев акупунктурной зоны при иглоукалывании.

тельным пальцем надавливают сверху на рукоятку. Правильно организованный процесс обучения предусматривает специальные упражнения, которые, во-первых, способствуют выработке двигательного навыка — умению вращать иглу на 90°, 180° и 360° (повороты осуществляются I и III пальцами); во-вторых, укрепляют мышечную силу и выносливость определенных мышечных групп, участвующих в данном двигательном акте, что способствует быстрому и малоболезненному введению иглы, и, в-третьих, вырабатывают «чувство иглы», позволяющее в дальнейшем ориентироваться, на какую глубину введена игла, каковы ее обороты при введении и т. д.

Иглу устанавливают перпендикулярно к поверхности кожи в центре необходимой акупунктурной зоны и вводят поворотами влево-вправо с одновременным легким надавливанием на иглу. На этом этапе важно добиться безболезненного введения иглы. Иногда вначале возникает сильная боль, для уменьшения ее рекомендуется слегка сместить иглу в сторону или быстро продвинуть глубже. Оптимальным является вращение иглы на 180° по и против часовой стрелки.

При этом способе часто применяют вариант с фиксацией кожи в зоне воздействия. Кожу фиксируют обычно кончиками I и II или II и III пальцев (см. рис. 3, *б*), чем достигают большей устойчивости вводимой иглы. Кроме того, создающееся давление на кожу несколько уменьшает боль.

Введение быстрым уколом. Иглу вводят одним быстрым и решительным движением на необходимую глубину. Для этой цели иглу выбирают более короткую и упругую; длинную иглу лучше удерживать тремя пальцами за стержень (см. рис. 3, *в*). Применяют также специальные иглы с ограничителями. Укалываемую часть тела желательно фиксировать.

Иногда проводят ступенчатое введение: иглу сначала быстрым движением вводят примерно на 1/2 необходимой глубины, а затем таким же движением — на оставшееся расстояние. При оказании неотложной помощи чаще всего применяют быстрые поверхностные уколы (на глубину 3—6 мм).

Введение быстрым уколом с последующим вращением. Первоначально иглу удерживают так же, как и при введении быстрым уколом. Кожу в зоне воздействия лучше фиксировать путем давления кончиками пальцев либо захватив ее в складку. Быстрым движением прокалывают поверхностный слой кожи, затем продвигают иглу вращательными движениями, придерживаясь техники введения иглы вращением (поворотами). Таким образом, данный способ представляет комбинацию двух предыдущих. Применяется чаще всего в детской практике или у лиц, плохо переносящих боль, поскольку дает возможность сразу пройти наиболее чувствительный слой кожи.

Введение посредством трубочки (рис. 5). Иглу вводят через специальную направляющую трубочку из нержавеющей стали с внутренним диаметром, несколько большим диаметра рукоятки иглы (см. рис. 3, *г*). Длина трубочки должна быть на 3—4 мм короче акупунктурной иглы. Трубочку с вставленной в нее иглой устанавливают на необходимую точку под легким давлением, после чего щелчковым движением указательного пальца по выступающей рукоятке иглу вводят, а трубочку снимают. После этого иглу можно оставить или же продолжать ее введение вращением (поворотами). Данный способ позволяет вводить очень тонкие иглы, а также значительно уменьшать первоначальные болевые ощущения.

Угол наклона иглы. Различают уколы прямой (вертикальный), наклонный и почти горизонтальный. При прямом (вертикальном) уколе иглу вводят перпендикулярно к поверхности кожи (угол 90°), при наклонном — под углом 30—60°, почти горизонтальном — менее 15° (рис. 6). Наиболее часто применяется прямой укол. Глубина введения иглы, приводимая в большинстве руководств, рассчитана именно на этот укол. В ряде случаев возникает необходимость введения иглы под углом. Это может быть вызвано различными анатомическими особенностями места введения иглы или же соблюдением традиционных правил ее введения по ходу и против хода меридиана. Иглу устанавливают под нужным углом и вводят обычными способами (поверхностный слой кожи предпочтительно пройти прямым уколом). Иногда иглу вводят почти горизонтально, т. е. под углом 10—15°, например при необходимости воздействия сразу на несколько точек, находящихся на одной линии. В таких случаях иглу вводят практически подкожно слегка толчковыми движениями. Обычное вращение (повороты) иглы при этом нежелательно. При

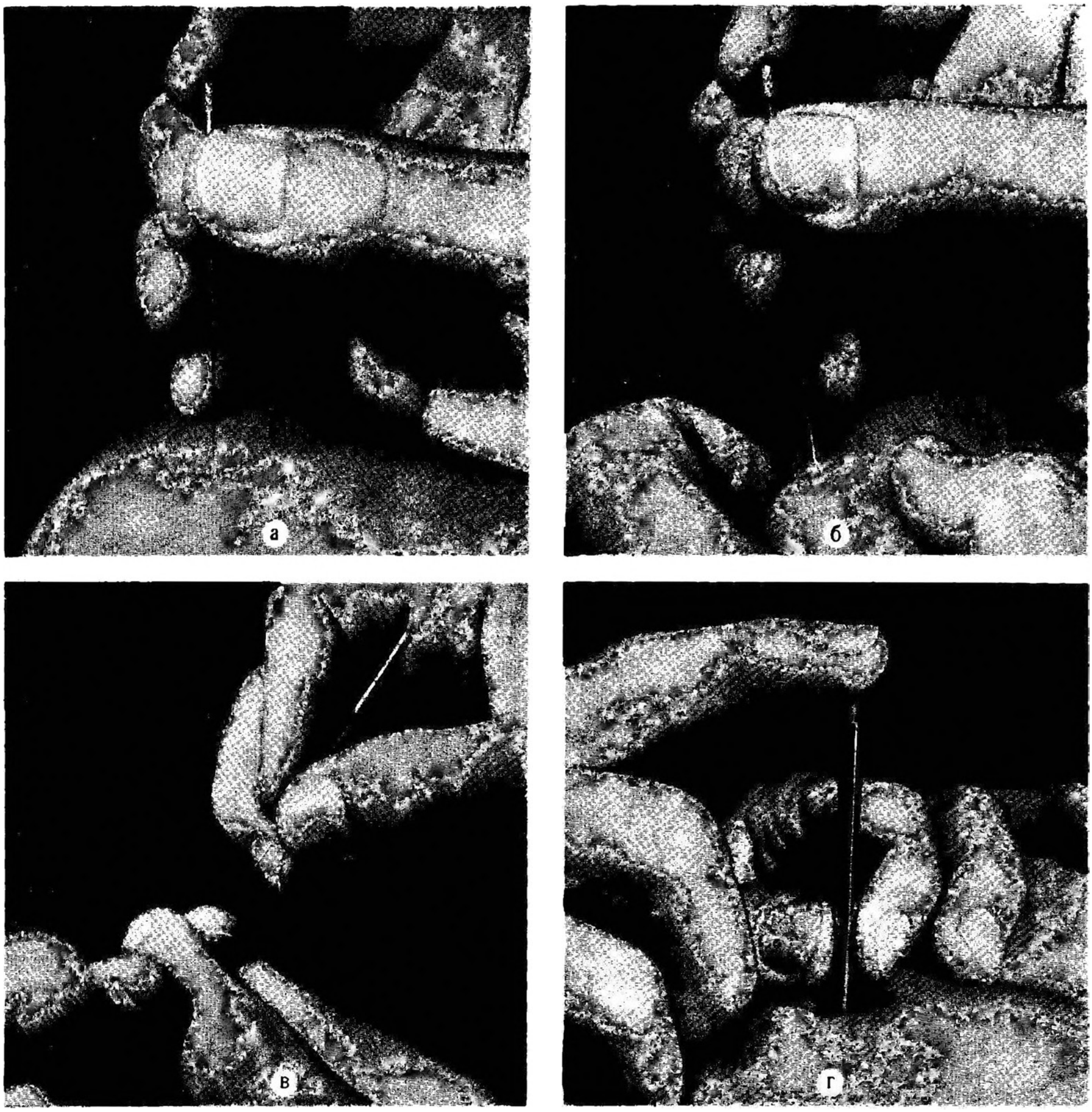


Рис. 3. Способы введения акупунктурной иглы:
а — вращением (поворотами); *б* — вращением с фиксацией кожи в области точки акупунктуры; *в* — быстрым уколом; *г* — посредством трубочки

необходимости контроль за продвижением иглы осуществляют указательным пальцем другой руки. Для удобства введения иногда следует взять кожу в складку.

Глубина введения иглы в каждом конкретном случае определяется индивидуально с учетом диагноза, поставленной лечебной цели, возраста, степени развития подкожной основы и мышечного слоя, локализации акупунктурной зоны. При описании корпоральных точек акупунктуры (с. 37) приводится средняя глубина введения иглы для взрослых, рассчитанная в основном для прямого укола; указано также оптимальное направление укола.

Чтобы предотвратить случайное повреждение органов, в направлении которых вводится игла, следует четко представлять себе их топографию и учитывать особенности иглоукалывания в данной зоне. Следует помнить о максимально допустимой глубине введения иглы в различных участках тела, особенно в области лица, шеи, грудной клетки, живота, в местах прохождения сосудистых и нервных стволов и т. д.

Приемы манипулирования иглами. Основное назначение этих приемов заключается в поддержании, усилении или ослаблении вызванных (предусмотренных) ощущений. Существуют следующие приемы манипулирования иглами (рис. 7).

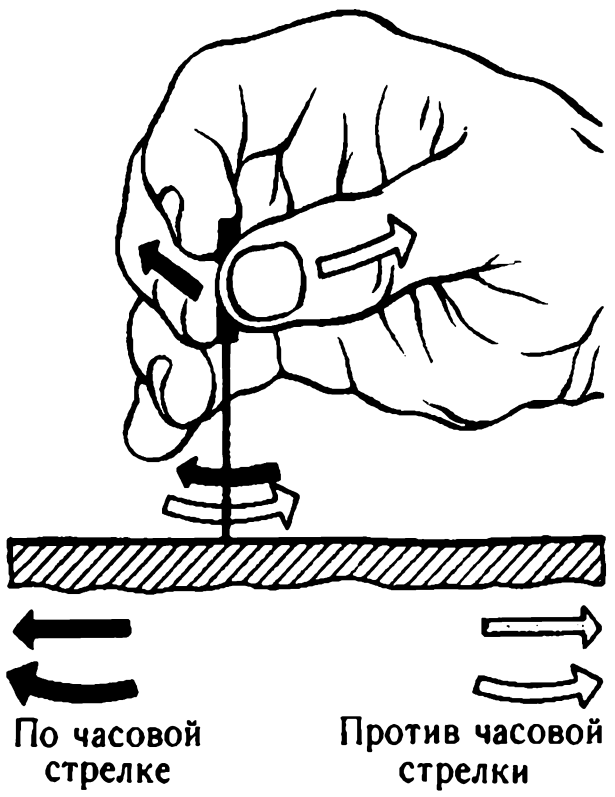


Рис. 4. Схема введения иглы вращением (поворотами).

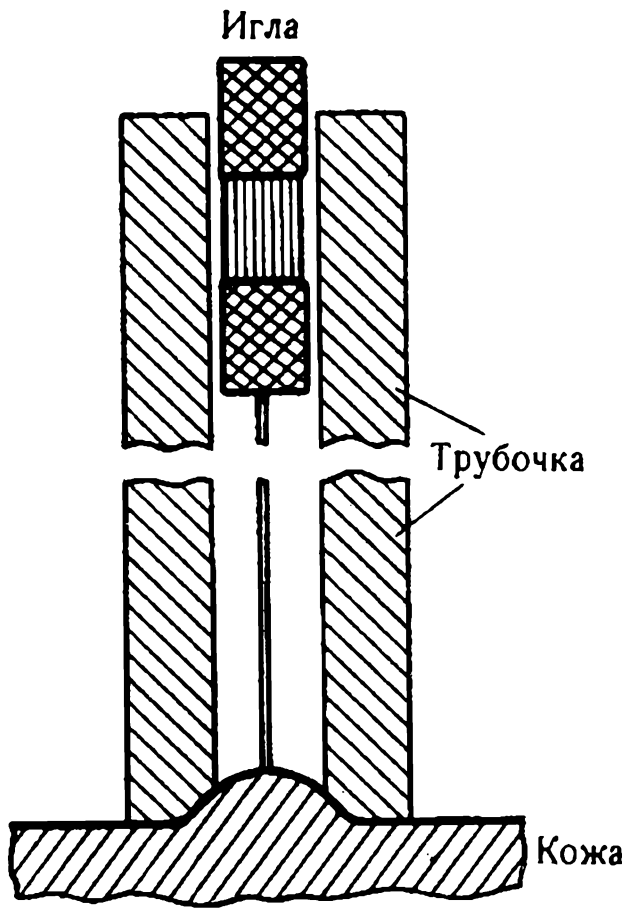


Рис. 5. Схема введения иглы посредством трубочки.

Вращение (повороты) иглы используется для усиления или поддержания предусмотренных ощущений. Выполняется путем поворота иглы по ходу или против хода часовой стрелки на 90—180—360° с возвратом в исходное положение. Интенсивность стимуляции возрастает с увеличением частоты движений, угла поворота, а также количества вращений.

Прекращение манипулирования иглой. В тех случаях, когда вращение вызвало боль, спазм или резкое расслабление мышцы, иглу оставляют неподвижной в течение нескольких минут, после чего вновь повторяют необходимые приемы манипулирования. Продолжительная экспозиция применяется при раздражении сильной степени, а также при микроиглотерапии.

Неполное извлечение иглы проводят с целью ослабления сильных ощущений больного, а также когда игла проходит мимо точки и предусмотренные ощущения не возникают. После частичного извлечения иглы и незначительного изменения направления укола ее вновь вводят на необходимую глубину.

Вращение (повороты) с погружением и неполным извлечением иглы применяется после получения предусмотренных ощущений с целью их усиления. При этом погружают иглу на минимальную глубину, одновременно вращая ее с неполным извлечением в исходное положение. Нижнюю часть иглы желательно фиксировать I и II пальцами другой руки.

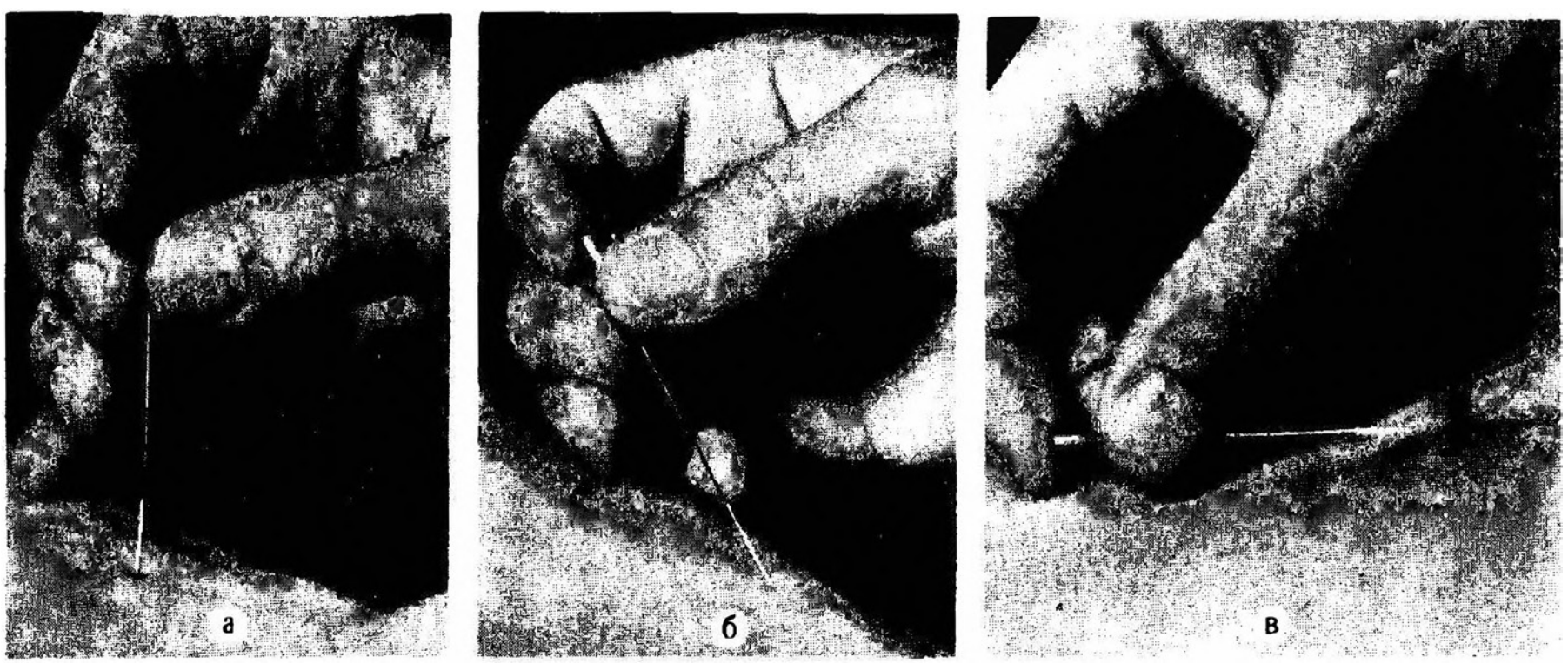


Рис. 6. Введение иглы:
а — под прямым углом; *б* — наклонно; *в* — почти горизонтально.

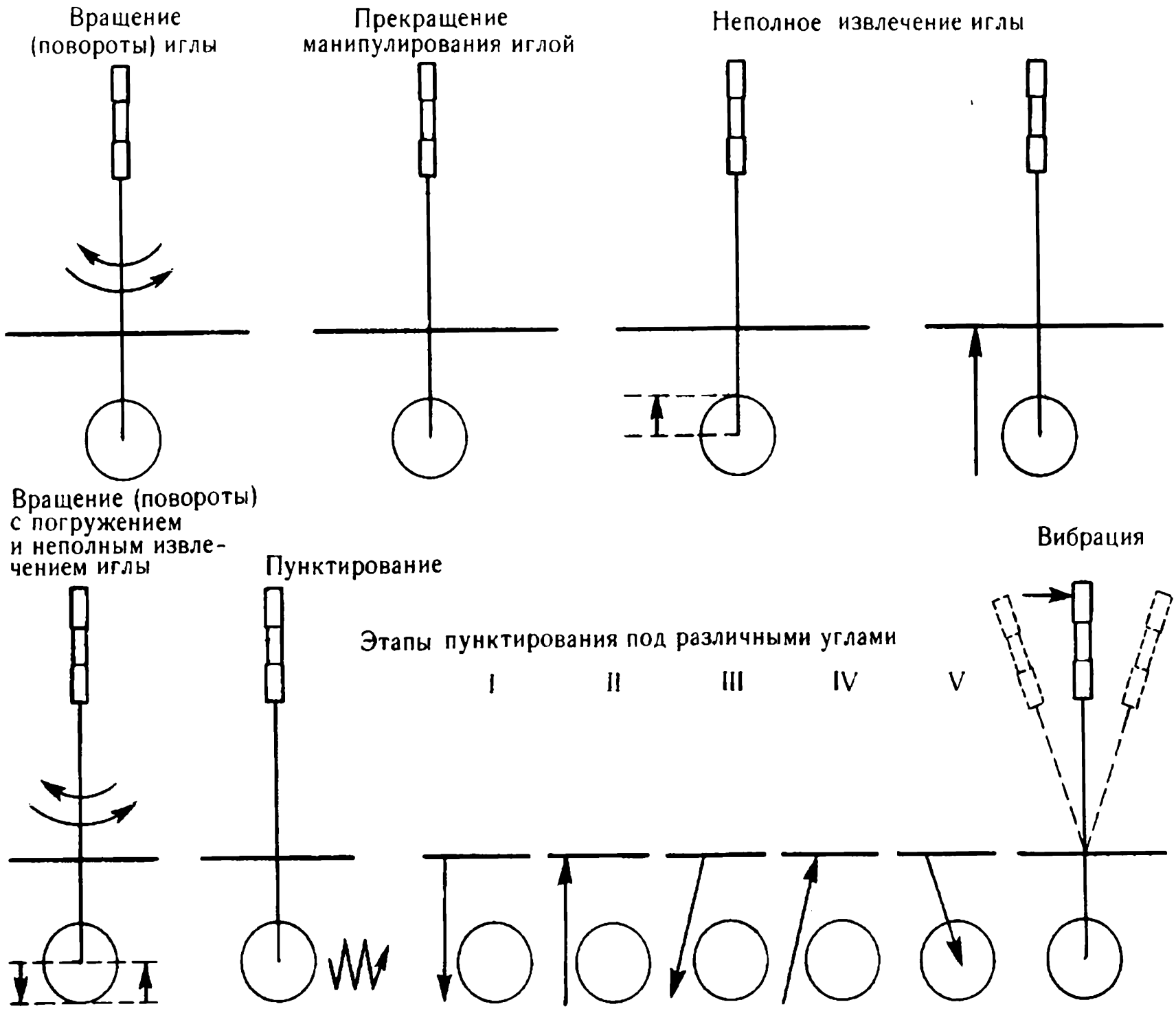


Рис. 7. Приемы манипулирования иглами.

Пунктирование используется не только для усиления и поддержания предусмотренных ощущений, но и в тех случаях, когда они не возникают. Применяют прямое, косое и смешанное пунктирование. Если при введении иглы на определенную глубину у больного не появляются предусмотренные ощущения, можно проводить прямое пунктирование — погружение-извлечение. При неэффективности такого воздействия приступают к косому пунктированию (под углом) в разные стороны. Чередование прямого и косого пунктирования с большой частотой и большим размахом называется смешанным и применяется при пониженной чувствительности больного (противопоказано ослабленным больным).

Вибрация. Иглу вводят на необходимую глубину, затем щелчком кончика пальца по рукоятке ее заставляют вибрировать по направлению вперед-назад (см. рис. 7).

Если после проведения всех приемов манипулирования предусмотренные ощущения не возникают, воздействуют на другие, чаще рядом лежащие точки акупунктуры.

Извлечение иглы обычно проводят следующим образом:

легким вращением (поворотами), иногда ступенчатым способом — с остановками (до нескольких минут);

медленным или быстрым прямым подтягиванием с фиксацией кожи (во избежание дополнительных раздражений), иногда ступенчатым способом;

с быстрой вибрацией иглы (обычно применяется при поверхностных быстрых уколах для усиления наносимого раздражения).

Эффективность иглоукалывания в большой мере зависит от **степени раздражающего воздействия** на акупунктурные зоны. Для практического освоения наиболее целесообразно условное выделение раздражающего воздействия трех степеней с нарастающей интенсивностью (Д. М. Табеева, 1980).

Стимуляция слабая. Угол вращения иглы до 90°, глубина введения на 1/3—1/2 меньше указанной в руководствах, ощущение укалывания иглой, время нахождения иглы в тканях до 5 мин. Воздействие можно проводить в 5—10 точках за один сеанс.

Стимуляция средней степени. Угол вращения иглы 90—180°, глубина введения согласно указанной в руководствах, появление специфических ощущений в виде тепла, легкого распирания, давления, слабого онемения с малой зоной иррадиации, время нахождения иглы в тканях 10—20 мин. Воздействие можно проводить в 2—4 точках за один сеанс.

Стимуляция сильная. Угол вращения иглы 180° и более, глубина введения больше указанной в руководствах — до появления сильных специфических ощущений в виде жжения, ломоты, сильного распирания, давления, онемения с большой зоной иррадиации. Время нахождения иглы в тканях 25—40 мин, а в особых случаях — до нескольких суток. Воздействие можно проводить в 1—3 точках за один сеанс.

Наиболее часто применяется стимуляция средней степени. Начинающим специалистам в случае затруднений при выборе метода раздражения рекомендуется начинать лечение со слабой стимуляции. При необходимости, в зависимости от состояния больного, постепенно переходят к стимуляции средней степени и сильной.

Следует отметить соответствие традиционной техники тонизации и дисперсии раздражающим воздействиям определенной интенсивности: тонизация соответствует слабому раздражающему воздействию, а дисперсия — сильному; тонизация применяется при синдромах недостаточности, а дисперсия — при синдромах избыточности.

Таблица 1. **Основные характеристики акупунктурной терапии и акупунктурной аналгезии (по Biscko, 1981)**

Основные характеристики	Акупунктурная терапия	Акупунктурная аналгезия
Выбор точек	Сходный или идентичный в обоих случаях	
Количество точек	До 16	До 10
Сочетание с аурикулотерапией	Возможно	Применяется чаще
Действие	Общее	Строго локальное и ограниченное во времени
Длительность эффекта	Длительный в большинстве случаев (дни, месяцы, годы)	Краткосрочный (до нескольких часов)
Способ стимуляции игл	Механическая, вибрационная или электрическая (экспозиция 10 — 20 мин)	Постоянная механическая, вибрационная или электрическая
Параметры электростимуляции	Напряжение низкое (до 10—15 В), частота 5—10 Гц и меньше	При комбинированной аналгезии, особенно на фоне интубации и релаксации, очень высокое напряжение (до 70 В) и широкий диапазон частот
Побочное действие	Отсутствует	Отсутствует
Премедикация	Не требуется	Требуется при обширных операциях. Не обязательна при небольших оперативных вмешательствах
Общее действие	Возможно	Возможно не всегда

Технические приемы тонизации:

использование коротких игл малого диаметра (желательно золотых);

введение иглы медленное, в три этапа (субэпидермально, внутридермально, субдермально), на небольшую глубину (предусмотренных ощущений не достигают, но после процедуры у пациента должно возникать ощущение тепла);

направление укола по ходу меридиана;

вращение иглы с усилением по часовой стрелке для центробежных и против часовой стрелки для центростремительных меридианов;

экспозиция минимальная;

извлечение иглы быстрое;

введение иглы в фазе выдоха, извлечение — в фазе вдоха;

при воздействии на несколько точек акупунктуры введение каждой последующей иглы по ходу меридиана; воздействие на точки меридиана в период его минимальной активности.

Технические приемы дисперсии:

использование длинных игл большого диаметра (желательно серебряных);

введение иглы быстрым уколом, одним движением, на большую глубину, до полу-

чения максимально выраженных предусмотренных ощущений (ощущение холода);

направление укола против хода меридиана;

вращение иглы с усилением против часовой стрелки для центробежных и по часовой стрелке для центростремительных меридианов;

экспозиция длительная;

извлечение иглы медленное, в три этапа;

введение иглы в фазе вдоха, извлечение — в фазе выдоха;

при воздействии на несколько точек акупунктуры введение каждой последующей иглы против хода меридиана; воздействие на точки меридиана в период его максимальной активности.

Эффективность акупунктурной аналгезии достигается раздражающим воздействием только высокой степени.

Очень важно понимание различия между акупунктурной аналгезией и акупунктурной терапией (табл. 1).

Микроиглотерапия

Микроиглотерапия представляет собой одну из разновидностей классического (корпорального и аурикулярного) иглоукалывания, предназначенную для длительного воздействия на точки акупунктуры. Длительная экспозиция игл усиливает и закрепляет полученный эффект акупунктурной терапии.

Микроиглы изготовляются из цельного куска проволоки (диаметр 0,1—0,3 мм) того же материала, что и обычные акупунктурные иглы, и состоят из кольцевидно изогнутой рукоятки и стержня длиной 1—15 мм (рис. 8). Применять паяные микроиглы нежелательно из-за возможности облома на месте припоя.

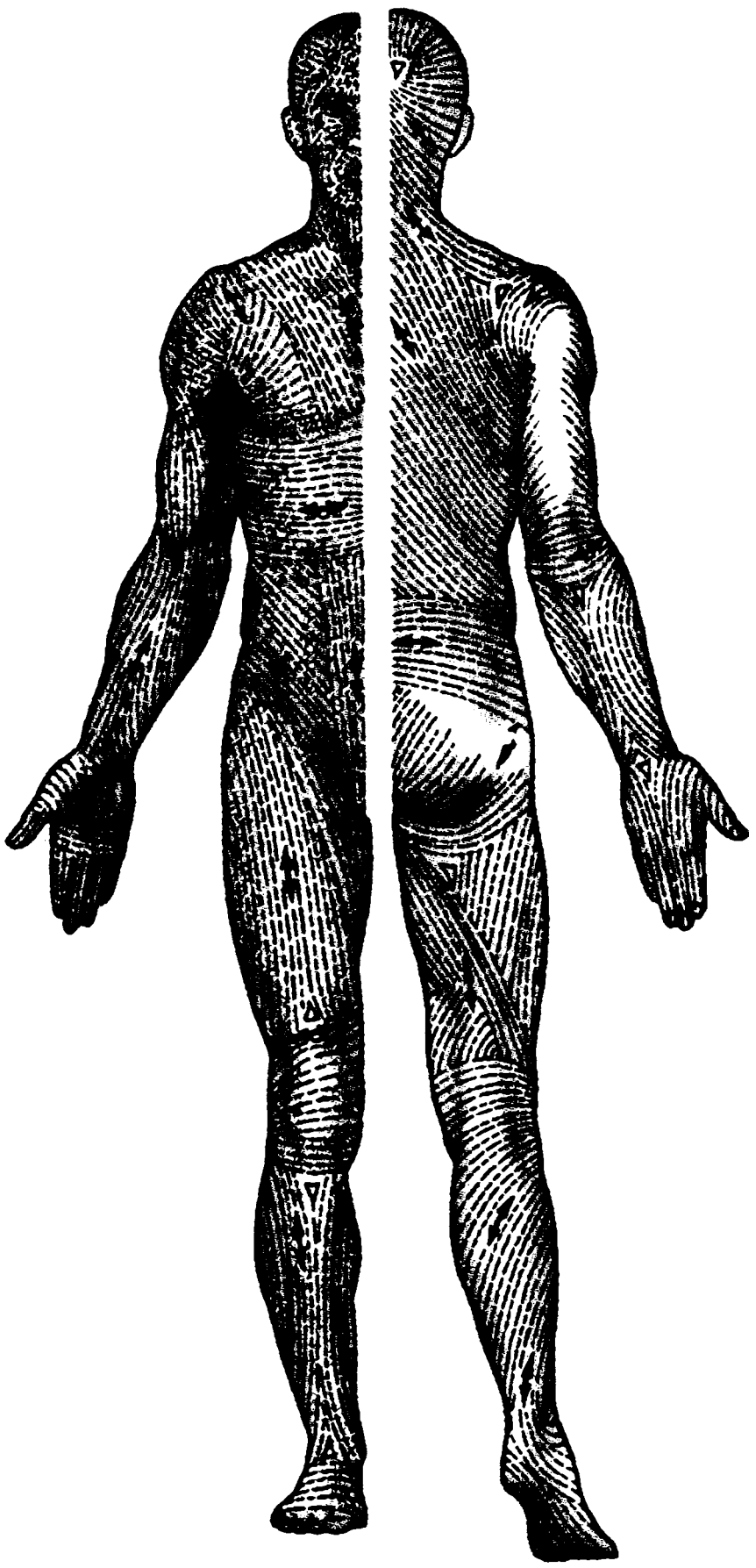


Рис. 9. Линии натяжения кожи и направление введения микроигл.

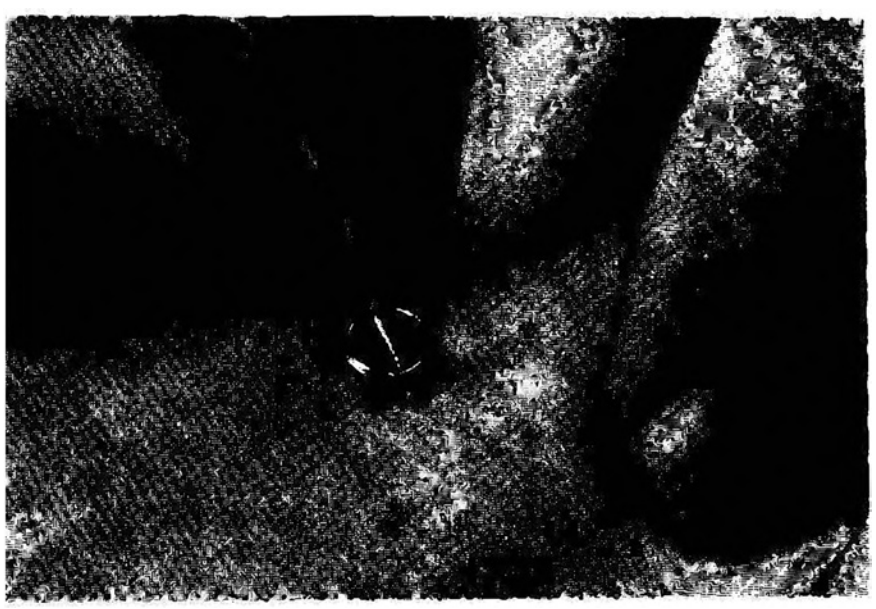


Рис. 8. Введение микроиглы.

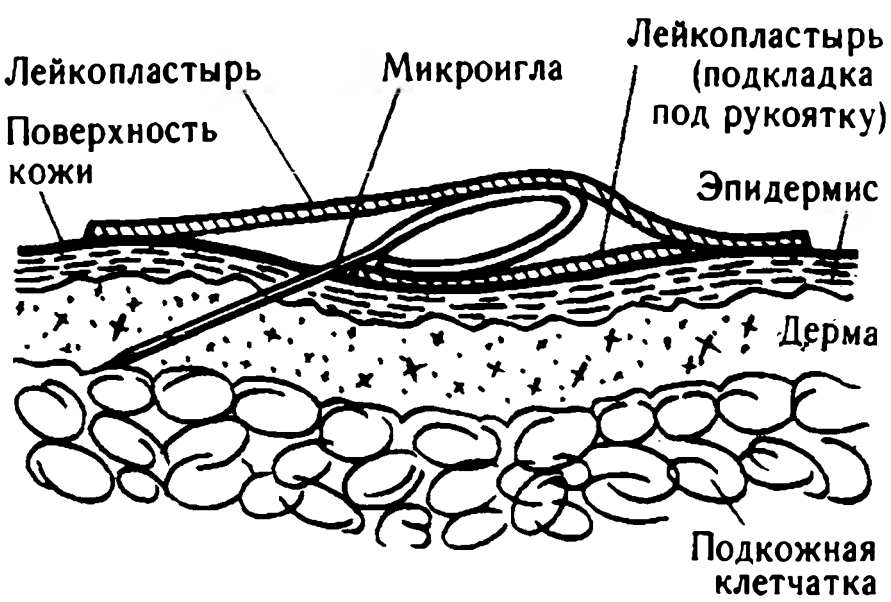
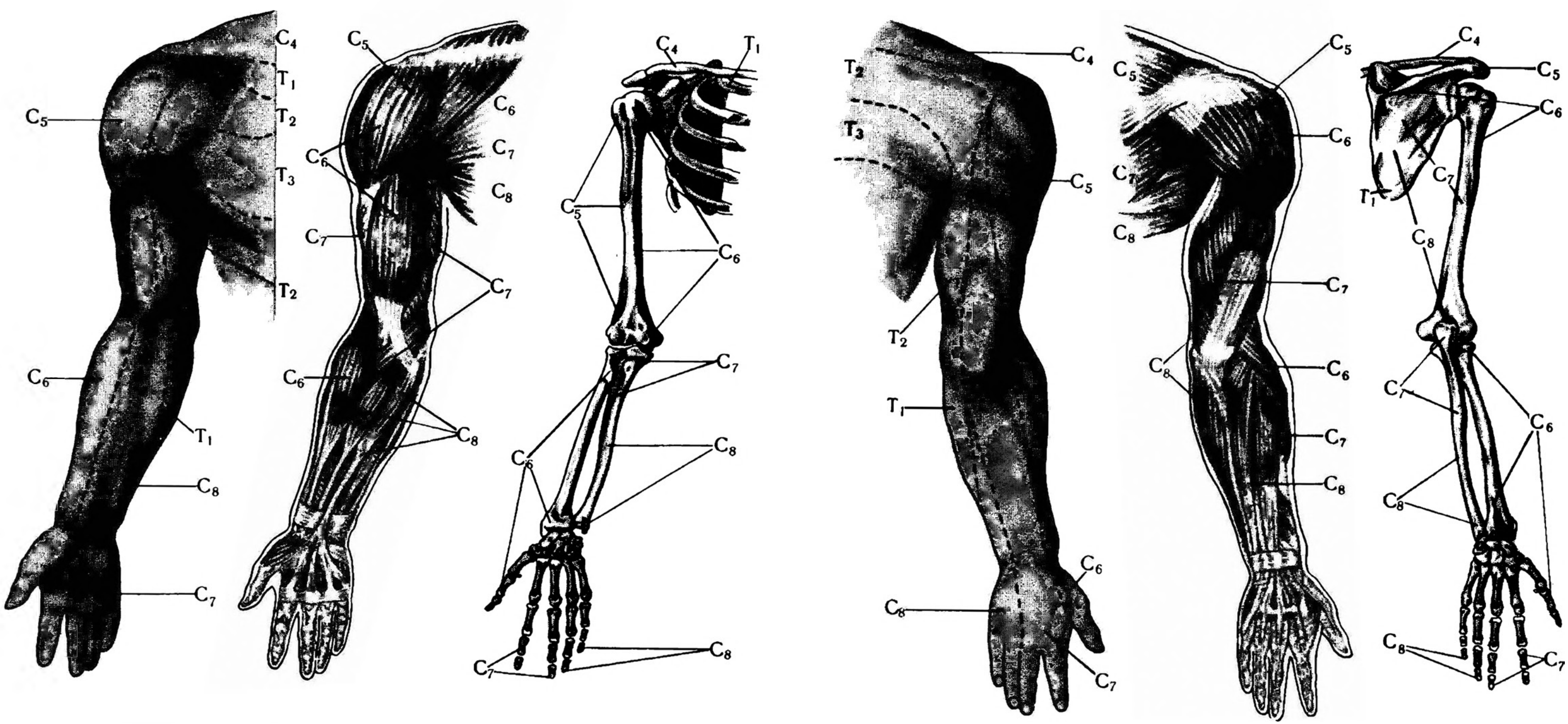


Рис. 10. Схема введения и фиксации микроиглы.

Передняя поверхность

Задняя поверхность

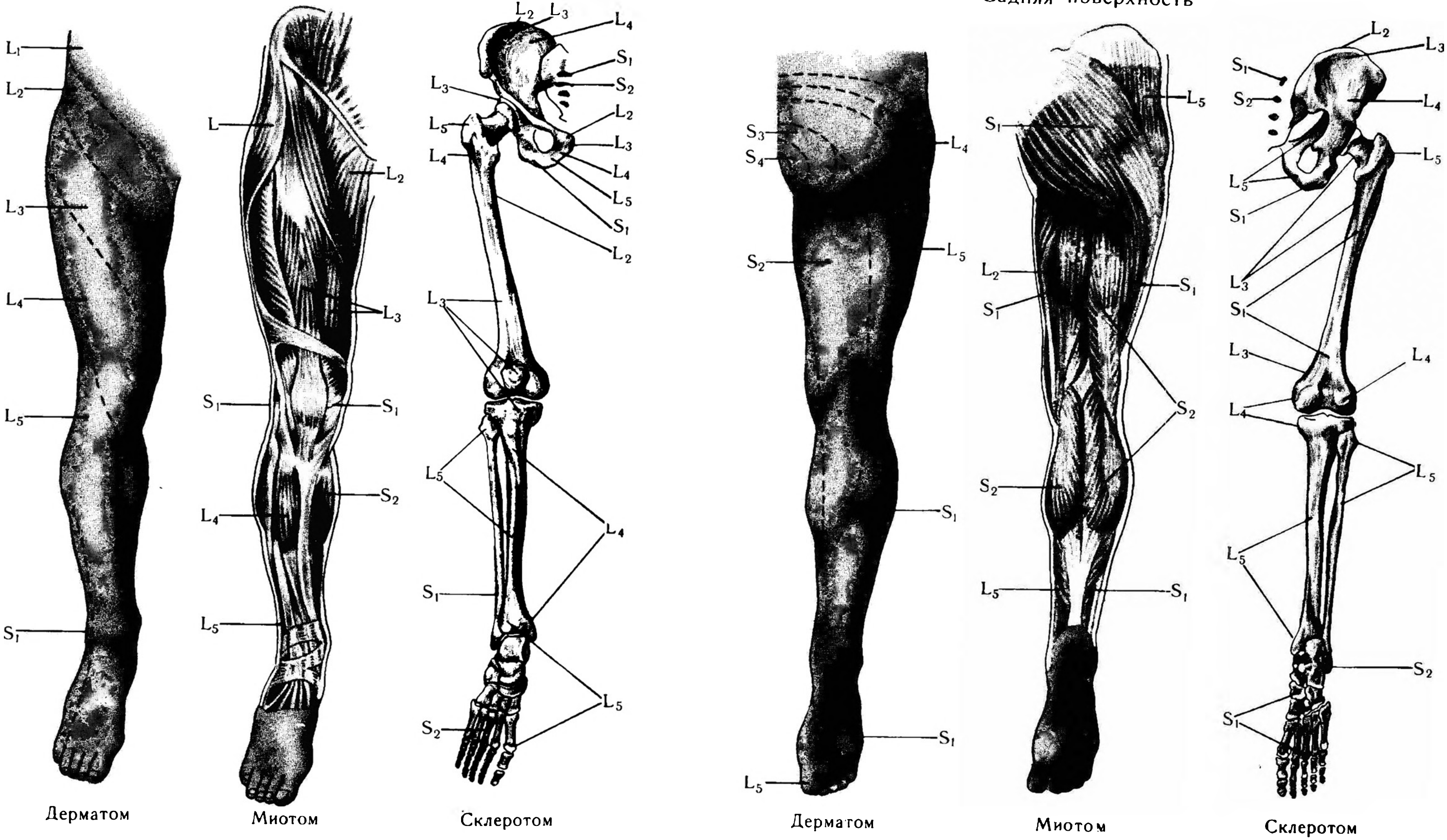


Дерматом Миотом Склеротом Дерматом Миотом Склеротом

Рис. 11. Сегментарная иннервация верхней конечности.

Передняя поверхность

Задняя поверхность



Дерматом | Миотом | Склеротом | Дерматом | Миотом | Склеротом

Рис. 12. Сегментарная иннервация нижней конечности.

Техника введения микроигл несколько отличается от техники введения обычных игл. После соответствующей обработки кожи иглу берут пинцетом и вводят подкожно обычным уколом или слегка вращая (угол введения 5—15°). Направление укола при микроиглотерапии параллельно кожным складкам и линиям натяжения кожи (рис. 9). Для облегчения введения микроиглы кожу фиксируют I и II пальцами другой руки. После этого микроиглу укрепляют пластырем, иногда для более надежной фиксации используют два куска пластыря, один из которых подкладывают под рукоятку (рис. 10). В зависимости от показаний можно вводить 1—6 игл на различное время. Стальные иглы могут находиться в тканях в течение 3—5 дней, серебряные или золотые — 2—3 недели. Для усиления терапевтического эффекта больной должен через определенные промежутки времени надавливать или постукивать по микроиглам. Контролировать состояние больных рекомендуется ежедневно. Там, где возможно значительное смещение кожи, микроиглы извлекают, снимая пластырь по направлению со стороны острия к рукоятке, а там, где кожа малоподвижна — со стороны рукоятки к острию.

Микроиглотерапию можно применять как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами рефлексотерапии. В таких случаях возможны два варианта:

1. Введение микроигл после сеанса, например классического иглоукалывания на 1—2 суток и больше, т. е. до следующего сеанса. Такое чередование продолжается в течение всего курса лечения (10—15 сеансов).

2. Введение микроигл после завершения основного курса рефлексотерапии для закрепления достигнутого результата (поддерживающая терапия) или с целью предотвращения рецидива болезни. При этом больной периодически раздражает точки акупунктуры путем надавливания пальцами на микроиглы.

Периостальная акупунктура

Периостальная акупунктура основана на стимуляции определенных зон надкостницы (периоста). Раздражению подвергают периост пораженных костных образований, особенно при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночного столба и его связочного аппарата (дискогенный радикулит, остеохондроз), а также при нейротрофических нарушениях других костно-суставных образований (периартроз, лигаментоз, хронический бурсит, артрозоартрит и др.).

Механизм действия периостальной акупунктуры может быть сопоставим с рефлекторным влиянием раздражения кожи (рис. 11, 12). Подобно коже, надкостница богата рецепторными образованиями. Как в дерматоме, так и в остеотоме (склеротоме) при патологических состояниях могут выявляться зоны гиперестезии (зоны Захарьина — Геда). Раздражение надкостницы более целенаправленно влияет на костную ткань, обусловливая лечебное действие при костной патологии. Значительную эффективность периостальной акупунктуры объясняют ее воздействием на симпатическую часть вегетативной нервной системы, о чем свидетельствует немедленное усиление притока крови к раздражаемому участку. Кроме того, периостальная акупунктура стимулирует выделение эндогенных опиоидов, что способствует подавлению болевой афферентации.

Применение периостальной акупунктуры требует знания точной локализации патологического очага, выявления определенных зон воздействия и умения правильно подойти к ним. К этому методу не следует прибегать при остром остеомиелите, а также при заболеваниях с неуточненным диагнозом.

Техника. Акупунктурной иглой проходят мягкие ткани и достигают надкостницы необходимого костного образования. Для этих целей лучше использовать толстые акупунктурные или инъекционные иглы. После этого проводится раздражение (стимуляция) надкостницы типа «клевания» в течение 5—30 мин. При выраженной болезненности надкостницы можно предварительно ввести под надкостницу 2—3 мл 1 % раствора новокаина.

Периостальную акупунктуру часто применяют при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза. При этом важно точно определить пострадавший диск. После уточнения диагноза, например, при остеохондрозе диска L_{IV-V}, одну иглу вводят между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков (точка Т(XIII)3 (янгуань) (рис. 13) на глубину около 1 см. Затем перпендикулярно к поперечным от-

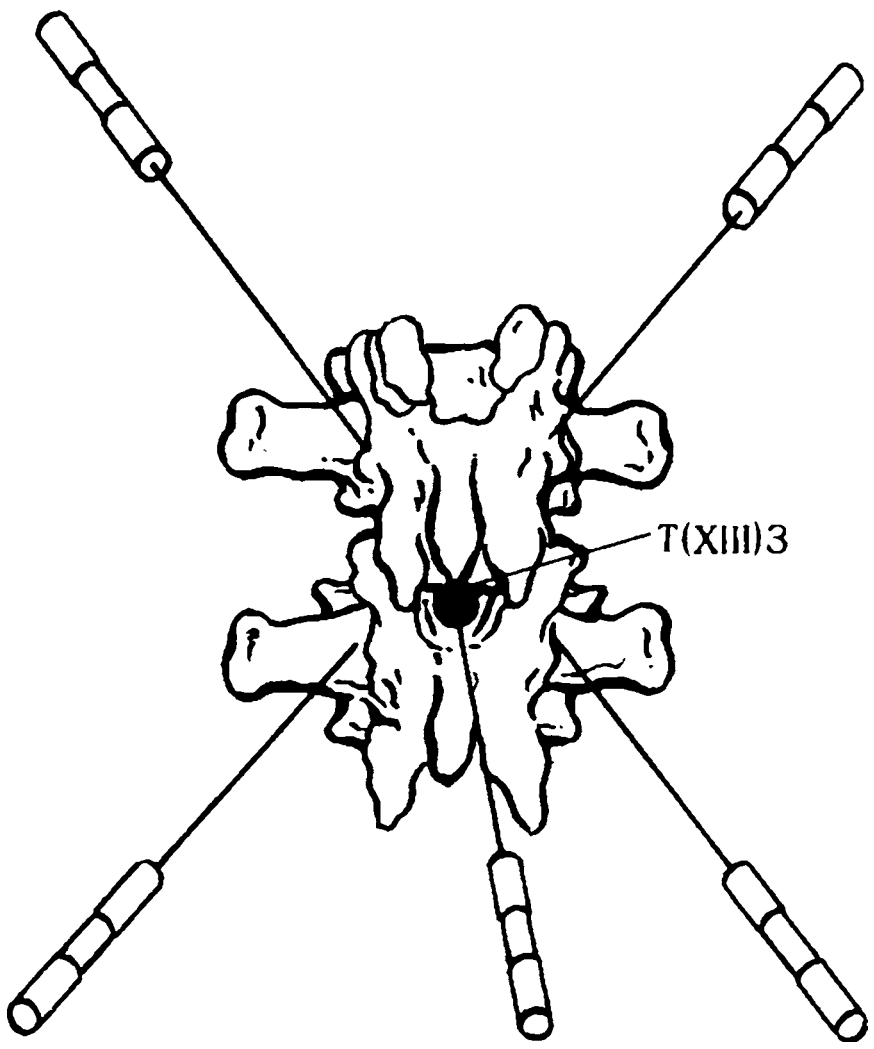


Рис. 13. Периостальная акупунктура при остеохондрозе диска L_{IV-V} .

росткам этих позвонков с двух сторон вводят более толстые акупунктурные иглы. По достижении поперечного отростка (глубина введения 2—4 см, методика напоминает блокаду корешков) проводят раздражение надкостницы поворотами иглы и легкими пунктирующими движениями. Возможна и электрическая стимуляция через введенные иглы.

Периостальную акупунктуру рекомендуют подключать к классической или другим методам рефлексотерапии, начиная с 3—4-го сеанса, и повторять процедуру через 2—3 дня.

В последние годы на основе изучения костной сенсорной системы предложен метод стимуляции остеорецептивных полей — *остеорефлексотерапия* (Г. А. Янковский, 1982).

АКУПРЕССУРА

Акупрессура (точечный массаж) представляет собой прессорефлексотерапию, в основе которой лежит раздражение механорецепторов путем надавливания (прессации) в зонах акупунктуры. Точечный массаж может применяться как самостоятельно, так и являться компонентом общего или сегментарного массажа. Метод во многих случаях обладает высокой эффективностью, отличается доступностью, многие приемы акупрессуры могут быть рекомендованы для выполнения самим больным с профилактической и лечебной целью. Важным является и то обстоятельство, что акупрессуру можно использовать для оказания неотложной помощи.

Существует множество разновидностей акупрессуры, отличающихся приемами воздействия (рис. 14). Местом воздействия всегда являются акупунктурные точки. Следует лишь избегать особо чувствительных и резко болезненных областей. Точечный массаж противопоказан при поврежденной или воспаленной коже.

Проведение точечного массажа предусматривает использование основных приемов классического массажа (поглаживание, растирание, разминание, вибрация), трансформированных в особые приемы в зависимости от анатомических особенностей акупунктурной зоны и целей воздействия. Наиболее часто массаж выполняют кончиком одного (I или II), двух или трех (I, II и III) пальцев, реже боковой поверхностью или основанием кисти (см. рис. 14, *11—12*).

Различают две степени раздражающего воздействия при акупрессуре.

Слабая стимуляция предусматривает быстрое кратковременное воздействие с интенсивностью, достаточной для раздражения кожи, подкожной клетчатки, мышц с получением предусмотренных ощущений, без иррадиации. Частота движений большая (3—4 в 1 с), продолжительность воздействия на акупунктурную точку 30 с, количество стимулируемых точек 6—8 и более.

Сильная стимуляция характеризуется медленно нарастающей силой, большей длительностью и интенсивностью воздействия, необходимыми для раздражения кожи и подлежащих тканей вплоть до кости, с получением максимально выраженных предусмотренных ощущений. Частота движений 1—2 в 1 с, продолжительность воздействия на точку 1—2 мин, количество стимулируемых точек меньше 6—8.

Интенсивность и длительность акупрессуры корректируется с учетом индивидуальной реактивности больного. В качестве ориентира для дозировки рекомендуется использовать появление на месте массажа вазомоторных реакций. При правильной дозировке появляется заметная гиперемия кожи.

Точечный массаж может проводиться и с помощью специальных шаровидных (круг-

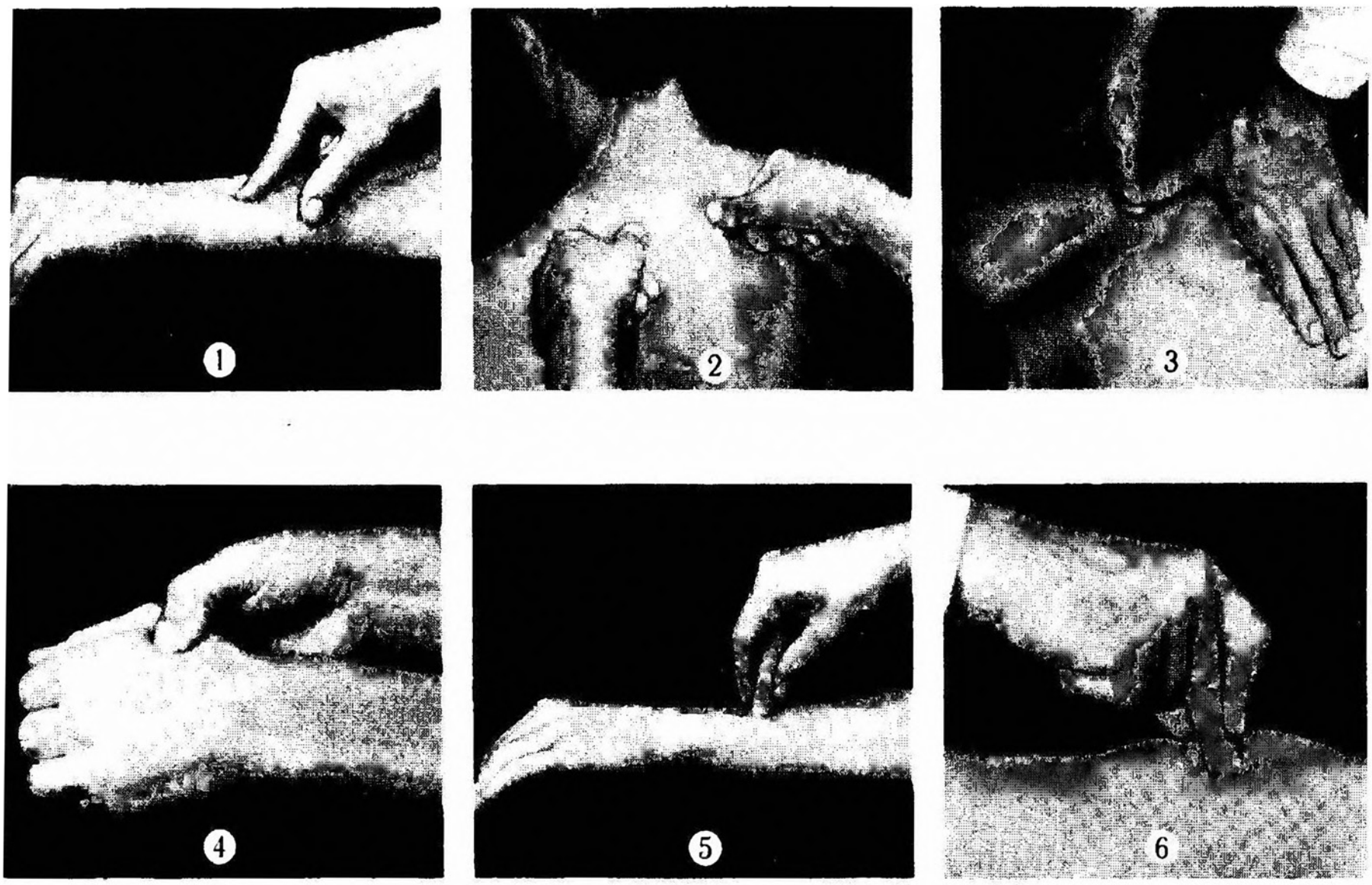


Рис. 14. Приемы акупрессуры:
1, 2, 3 — вращательное поглаживание или растирание (различной интенсивности воздействия); *4* — надавливание; *5* — разминание; *6, 7, 8* — вонзание (однопальцевое, трехпальцевое, согнутым пальцем); *9* — захватывание (пощипывание); *10* — пальцевая вибрация; *11, 12* — воздействие основанием и боковой поверхностью кисти.



Рис. 15. Акупрессура шаровидной иглой.



Рис. 16. Микропрессорефлексотерапия (цуботерапия).

лых) игл (рис. 15), а также различных по форме насадок к аппаратам вибрационного массажа.

Микропрессорефлексотерапия (цуботерапия) является способом пролонгированного воздействия на механорецепторы и заключается в наложении и фиксации в зоне акупунктуры шариков из нержавеющей стали диаметром 1—3 мм (для аурикулярных точек несколько меньшего размера) (рис. 16). Для усиления терапевтического эффекта больной должен периодически надавливать на шарики. Шарики можно оставлять на коже в течение 5—7 суток, через каждые 2—3 дня контролируя состояние больного.

ТЕРМОПУНКТУРА

Для термопунктуры используют источники тепла с возможностью ограниченного по площади термического воздействия дистантного и контактного типа. Примером дистантной термопунктуры может служить полынно-сигаретное прогревание (рис. 17) — один из наиболее удобных видов термопунктуры. Тлеющий конец полынной сигареты дает инфракрасное излучение, которое оказывает преимущественно тепловое воздействие на ткани. Процедура вызывает появление приятного ощущения тепла и создает возможность постепенного длительного прогревания кожи и подлежащих тканей без образования ожога (температура прогреваемых участков кожи может повышаться до 43—45° С).

Различают три вида воздействия при **дистантной термопунктуре.** При *стабильном воздействии* теплоизлучатель устанавливают на таком расстоянии от поверхности кожи в зоне акупунктуры, чтобы больной испытывал выраженное ощущение тепла в этой области. Длительность процедуры 5—10 мин и более. Оказывает сильное раздражающее воздействие.

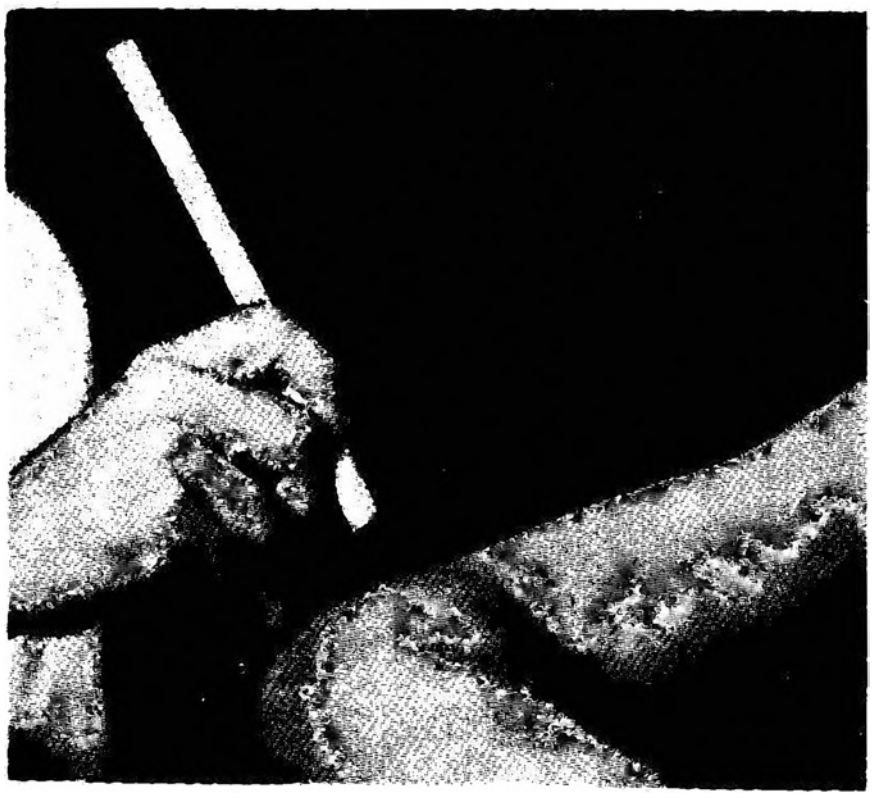


Рис. 17. Дистантная термопунктура — полынно-сигаретное прогревание.

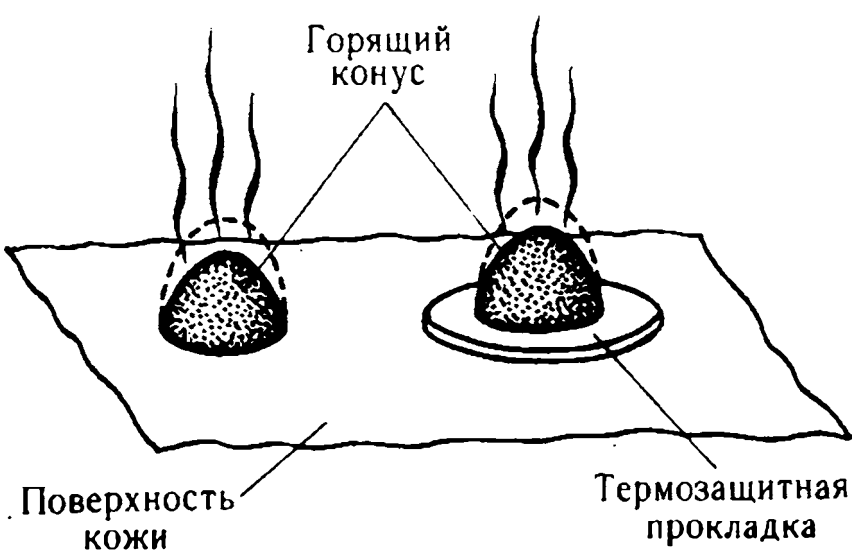


Рис. 18. Непосредственная (контактная) термопунктура.

Прерывистое (клюющее) воздействие заключается в ритмичном приближении к точке акупунктуры и удалении от нее теплоизлучателя с получением кратковременного ощущения жгучего тепла. Длительность процедуры 2—5 мин. Оказывает слабое раздражающее воздействие.

Утюжащее воздействие предусматривает прогревание не только акупунктурной, но сравнительно большой зоны путем непрерывного перемещения теплоизлучателя на близком расстоянии от кожи параллельно прогреваемому участку тела.

Непосредственная (контактная) термопунктура применяется сравнительно редко из-за опасности возникновения ожогов и их осложнений. Методика заключается в наложении на акупунктурные зоны различных веществ, которые при горении оказывают термическое воздействие [1]. В некоторых восточных странах непосредственное прижигание иногда является основным методом рефлексотерапии. Перед процедурой из полыни пальцами формируют конусообразный слепок величиной с маленькую горошину и больше. Затем конус прямым или непрямым способом (через различные прокладки из срезов растений либо специальной пасты) накладывают на кожу (рис. 18). Для поджигания во избежание ожога лучше пользоваться беспламенными спичками. При появлении у пациента чувства жжения конус следует снять (пинцетом или мокрыми пальцами) и опустить в сосуд с водой.

В последнее время предложена удобная методика теплового воздействия на точки акупунктуры при помощи миниатюрных полынных сигарет (длиной 10 мм, диаметром 5 мм), совмещенных с термоустойчивыми прокладками толщиной около 3 мм. Прокладку приклеивают к коже так, чтобы отверстие, которое имеется в ее центральной части (рис. 19, *а*), соответствовало накожной проекции точки акупунктуры (рис. 19, *б*). Методика дает возможность одновременно стимулировать значительное количество точек.

[1] Наиболее широко используется специально обработанная полынь (полынь обыкновенная, или чернобыльник,— Artemisia vulgaris), предварительно высушенная в темном месте и измельченная. Такой материал для термопунктуры, часто обозначаемой по японской терминологии как мокса (термопунктура — моксатерапия), применяют не только при непосредственном прижигании, но и при изготовлении сигарет и других видах термопунктуры.

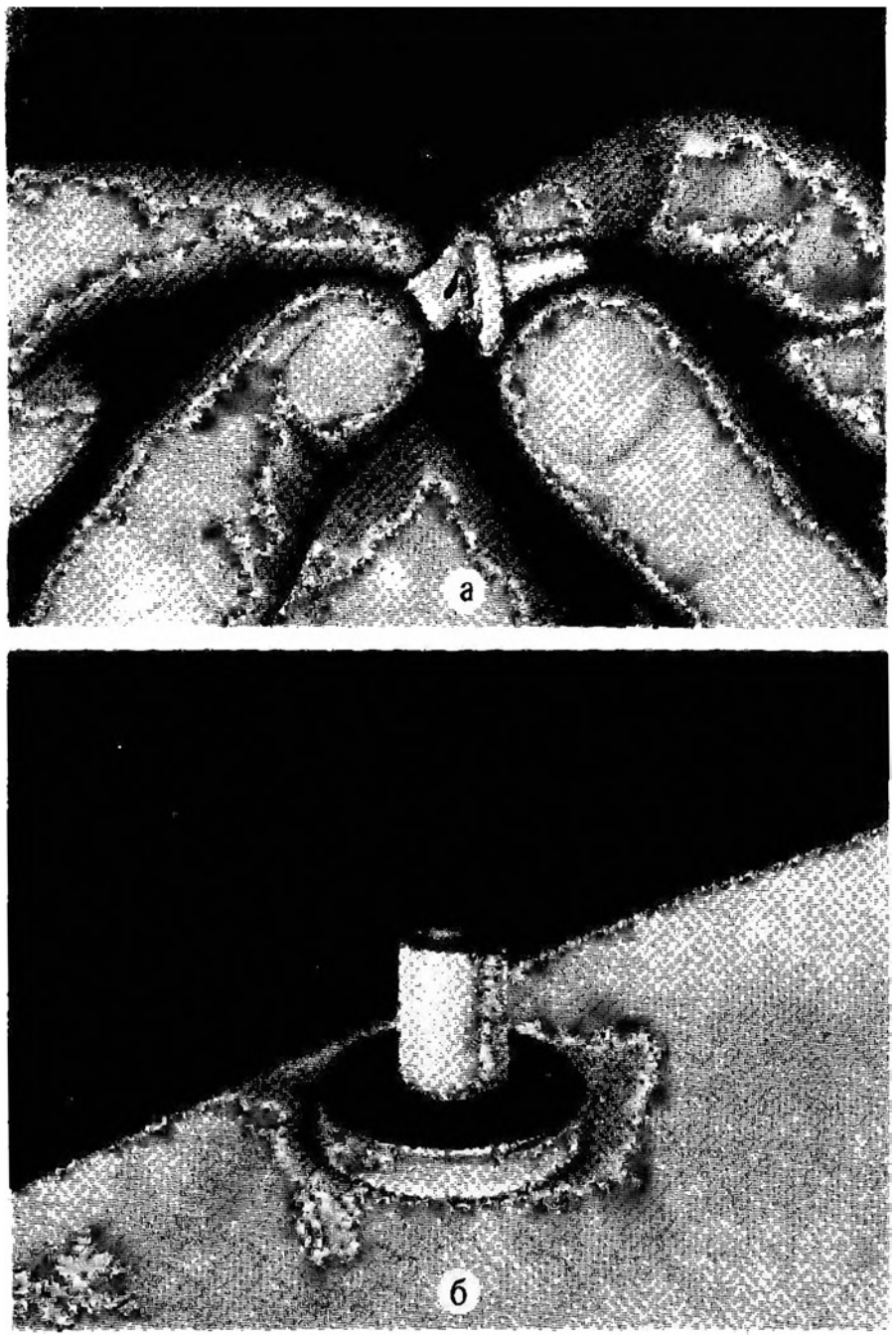


Рис. 19. Термопунктура с помощью миниатюрных сигарет из полыни (*а*, *б*).

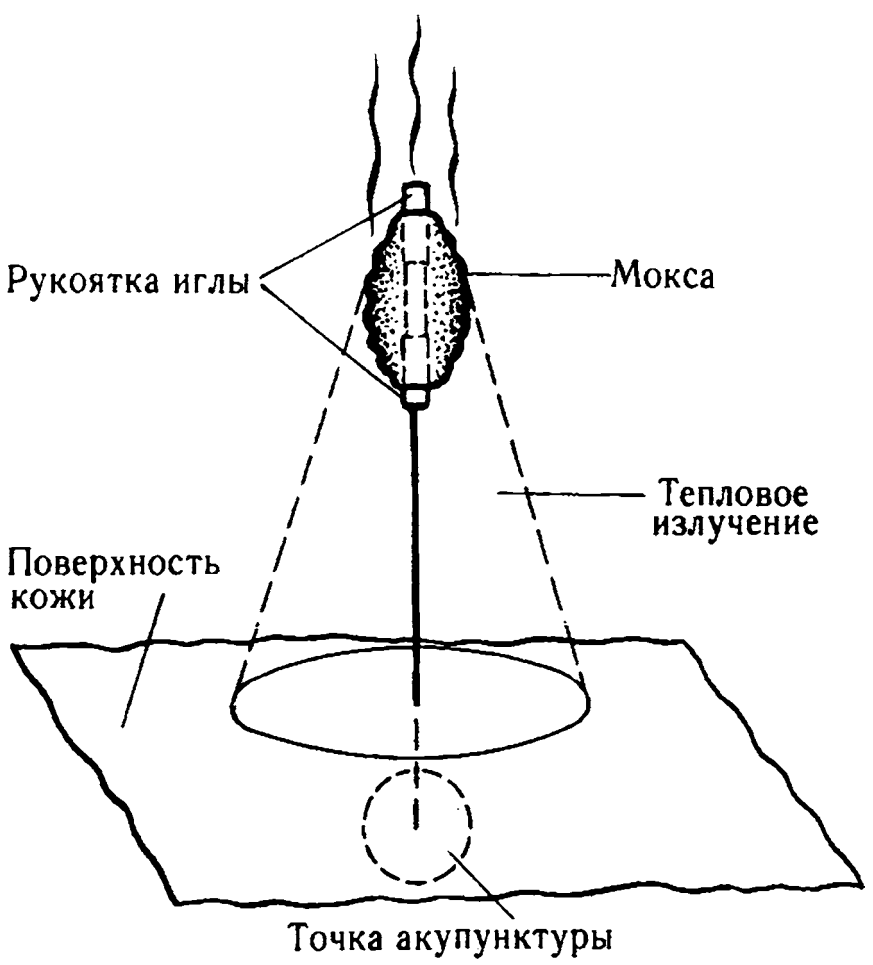


Рис. 20. Схема термоакупунктуры.

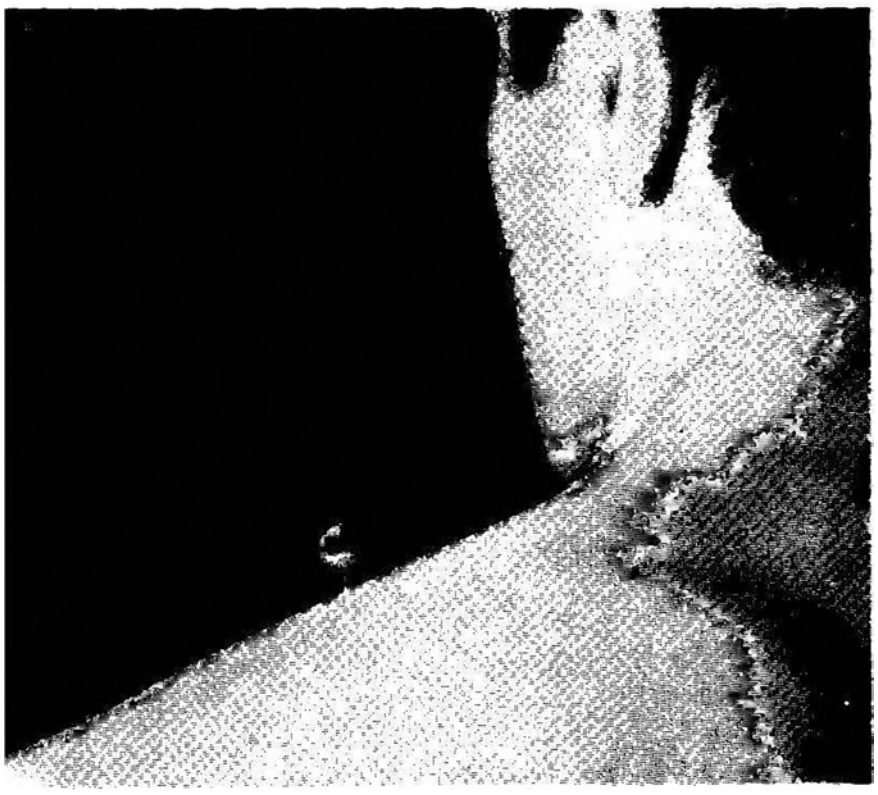


Рис. 21. Термоакупунктура с помощью специальных чашечек.

Применяют также *термоакупунктуру* — прогревание через введенную в зону акупунктуры иглу. Кроме механического и теплового воздействия посредством акупунктурной иглы при этом способе за счет теплового излучения тлеющей полыни, укрепленной на рукоятке иглы, стимулируется кожа в зоне акупунктуры (рис. 20). Наиболее удобно для этих целей использование специальных чашечек, изготовляемых по размеру рукоятки иглы (рис. 21).

В последние годы в практику рефлексотерапии все шире внедряются электротепловые устройства для локального и дозированного воздействия на акупунктурные зоны.

Термопунктура особенно показана в детской практике, а также ослабленным и пожилым лицам. Более целесообразно ее проведение при хронических заболеваниях. Этот метод эффективен при лечении кожных заболеваний, в частности с явлениями экссудации (например, мокнущая экзема), алопеции.

Прогревание точек акупунктуры в основном оказывает слабое раздражающее воздействие, сходное с тонизированием при иглоукалывании, однако при методически правильном проведении лечения можно достичь сильного раздражающего эффекта (глубокое прогревание, большая длительность воздействия, меньшее количество используемых точек).

Термопунктура является безопасным методом. Однако его следует с осторожностью применять в области лица, шеи, затылка, вблизи крупных сосудов, волосистых частей тела и т. д. Особенности проведения дистантной термопунктуры для меридианных, а также некоторых внемеридианных и «новых» точек акупунктуры приведены в главе 2.

КРИОПУНКТУРА

Холодовое (криогенное) воздействие в рефлексотерапии еще не нашло широкого применения, хотя распространено во многих отраслях медицины. Оно предусматривает воздействие на организм в целом (общая гипотермия) или на отдельные области тела.

Гипотермия эффективна при спастических парезах и параличах. При охлаждении паретичной конечности тонус мышц снижается на несколько часов, что позволяет больному заниматься лечебной физкультурой и т. д.

Можно применять следующие варианты криопунктуры:

1. Акупунктурную иглу вводят обычным способом, после чего к ней присоединяют прибор для криоэкстракции хрусталика и задают необходимый температурный режим. Время, в течение которого игла находится в тканях, зависит от заданной температуры: чем ниже температура, тем короче экспозиция.

2. Иглу, находящуюся в акупунктурной точке, охлаждают при помощи специальной насадки — чашечки, в которую можно помещать ледяную воду (тающий лед) или фильтр, смоченный эфиром и сообщающийся с закрытой банкой, наполненной эфиром.

Применяют также специальные металлические конусы, куда помещают тающий лед. Такой конус можно устанавливать непосредственно на точку. Иногда используют распыление хлорэтила.

Для охлаждения иглы или участка кожи с успехом применяют также малогабаритные полупроводниковые термоэлектрические приборы, основанные на эффекте Пельтье и позволяющие стандартно регулировать температурное воздействие.

Криопунктуру больные переносят легко. Метод эффективен при болевых синдромах, спастических парезах, судорогах и др.

ЭЛЕКТРОПУНКТУРА И ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРА

Разновидности рефлексотерапии, при которых воздействие на точки акупунктуры осуществляется электрическим током, получили название электропунктуры (поверхностная чрескожная электростимуляция) и электроакупунктуры (глубокая электростимуляция через введенные иглы). Эти способы рефлексотерапии получили особенно широкое распространение в результате успешного применения электроакупунктуры в целях обезболивания при хирургических вмешательствах.

Электрическая стимуляция в рефлексотерапии привлекает прежде всего возможностью воздействия на информационные регуляторные процессы в организме, которые опосредуются нервной системой, поскольку электрический ток может рассматриваться как физиологически адекватный раздражитель нервных структур. Более выраженный эффект электростимуляции точек акупунктуры по сравнению с иглоукалыванием объясняется прежде всего тем, что при пропускании электрического тока возможно более эффективное воздействие на рецепторные образования даже в том случае, если локализация точки определена не совсем точно.

Под влиянием чрескожной электростимуляции электрический ток в тканях организма образуется ионами, содержащимися в растворах электролитов, которые входят в состав жидких частей тканей. Электропроводность отдельных слоев, находящихся под электродами, различна (рис. 22). Сопротивление кожи превышает сопротивление внутренних тканей на несколько порядков. Основным препятствием для прохождения электрического тока является роговой слой эпидермиса, толщина которого колеблется на различных участках от 30—50 мкм до нескольких миллиметров. Поэтому сопротивление кожи при электропунктуре можно считать определяющим (Ф. Г. Портнов, 1980). Проникновение электрического тока в живые ткани вызывает изменение их сопротивления. Увеличение

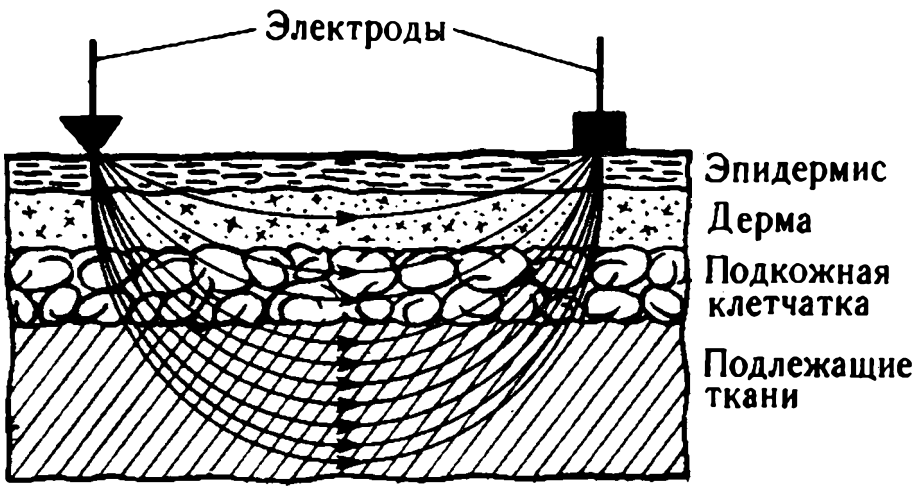


Рис. 22. Прохождение тока через различные слои кожи и подлежащие ткани при чрескожной электростимуляции (густота линий соответствует электропроводности каждого слоя).

напряжения при электростимуляции приводит к снижению сопротивления. При переходе к высоким напряжениям сила тока растет быстрее напряжения, так как сопротивление тканей снижается. Можно достичь момента, когда сопротивление тканей приближается к нулю и сила тока резко нарастает при неизменном напряжении. Это приводит к разрушению диэлектрика, в данном случае кожи, к электрическому пробою. Обычно пробой кожи наступает при напряжении 10—50 В. Кроме того, за счет локального нагревания может возникать тепловой пробой. По закону Джоуля — Ленца количество тепла Q пропорционально квадрату силы проходящего тока I, его сопротивлению R и времени прохождения тока t: $Q = 0{,}24I^2Rt$.

Ткани под электродом нагреваются. При длительном воздействии тока большой плотности наступает тепловой пробой кожи, когда организм не в состоянии компенсировать локальное повышение температуры. Установлено, что при плотности тока 10^{-7} А/см^2 свойства ткани не изменяются и тепловой пробой не происходит.

Практически важно знание физиологических эффектов электрического тока различной интенсивности. На рис. 23 указаны ориентировочные величины силы переменного тока (50 Гц), воздействующего на верхние конечности. В случае электроакупунктуры все эти величины существенно снижаются, поскольку сопротивление тканей под кожей меньше.

С учетом отмеченных обстоятельств подбираются основные параметры электростимуляции точек акупунктуры. В выпускаемых

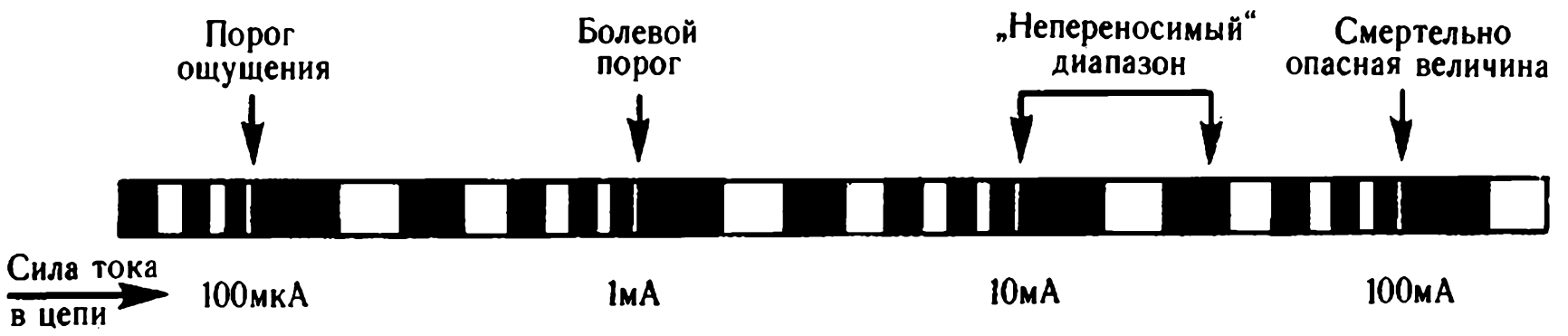


Рис. 23. Физиологические эффекты электрического тока (50 Гц), воздействующего на верхние конечности.

аппаратах напряжение на выходе не превышает 10—12 В. Регуляция интенсивности стимуляции осуществляется не по напряжению, а по силе тока: от 0 до 500 мкА (в некоторых случаях до 1—2 мА). Используется как постоянный (гальванический), так и переменный ток. Основные типы импульсных токов, применяемых в рефлексотерапии, показаны на рис. 24. Некоторые сложные электростимуляторы могут, например, генерировать форму тока, регистрируемую в узле нервного волокна (перехвате Ранвье) при электрической стимуляции нервного ствола.

Раздражающее действие импульсного тока зависит от амплитуды, длительности и формы импульса. При существенном уменьшении длительности стимула пороговое значение его интенсивности начинает повышаться; очень короткими импульсами возбуждение вообще не удается вызвать. Для различных электровозбудимых тканей кривая зависимости интенсивность — длительность имеет почти одинаковую форму, различаясь лишь масштабами по осям (рис. 25). При действии постепенно нарастающего по интенсивности стимула возникает противодействие возбудимой ткани в виде снижения возбудимости, вследствие чего, чтобы не утратить своего раздражающего действия, передний фронт электрического импульса должен нарастать круто. Наименьшую величину порог возбудимости имеет при импульсах прямоугольной формы.

При чрескожной стимуляции нервов используются короткие прямоугольные импульсы (длительностью около 1 мс) с относительно высокой частотой (около 100 Гц), что дает возможность адекватно активизировать толстые миелиновые волокна, проводящие тактильную афферентацию, и избегать активизации тонких волокон, проводящих болевые импульсы (возбудимость этих волокон ниже) (см. рис. 25). Такой способ электростимуляции периферических нервов способствует подавлению болевой афферентации за счет блокирования афферентного входа на уровне спинного мозга (Melzack, Wall, 1965).

Большое значение для адекватного воздействия на акупунктурные зоны имеют частотные характеристики электростимуляции. При выборе частоты необходимо руководствоваться прежде всего данными о лабильности тех или иных электровозбудимых тканей. Так, в 1 с нервный ствол способен

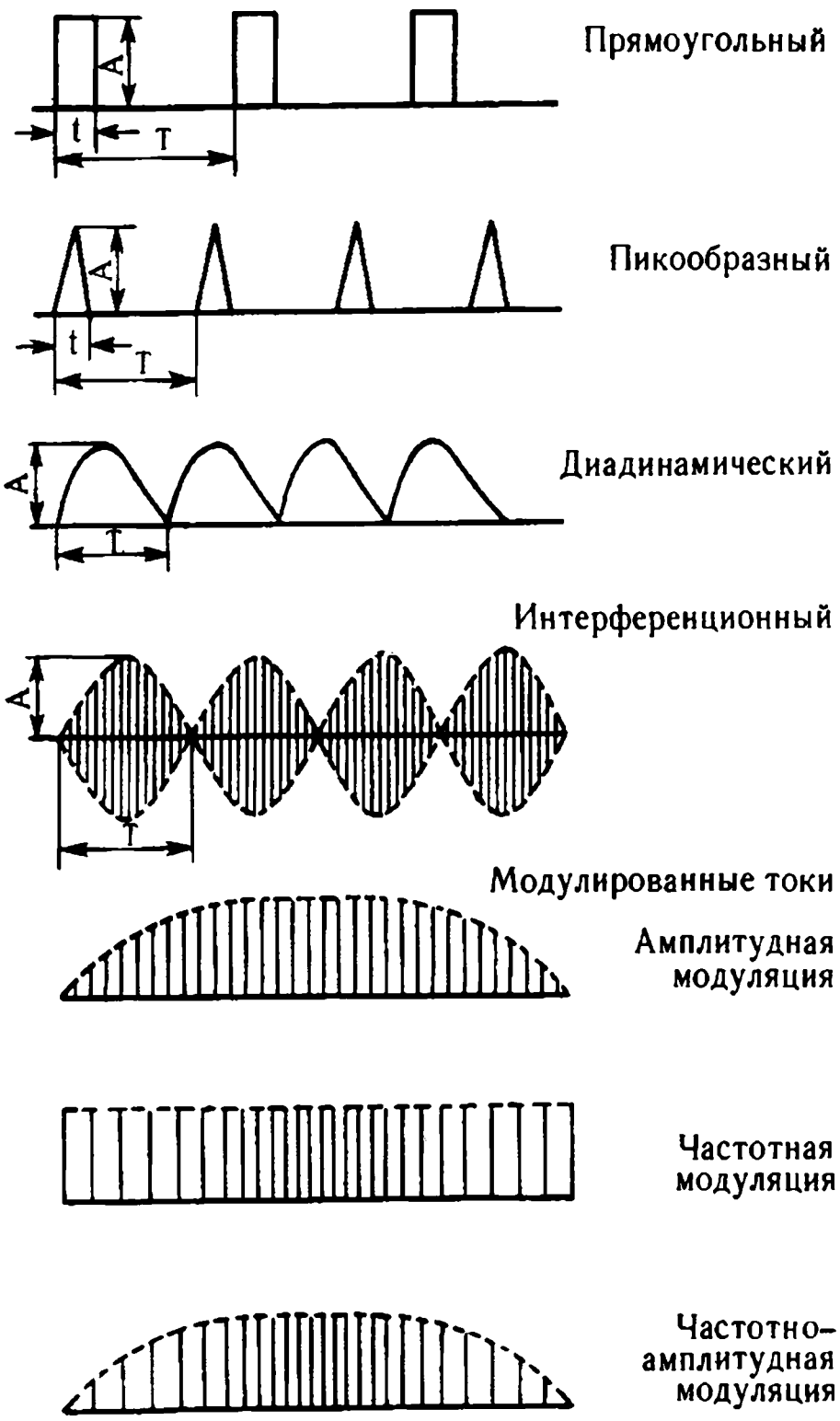


Рис. 24. Типы импульсного тока, используемого для электростимуляции точек акупунктуры:

A — амплитуда; *t* — длительность импульса; *T* — период повторения.

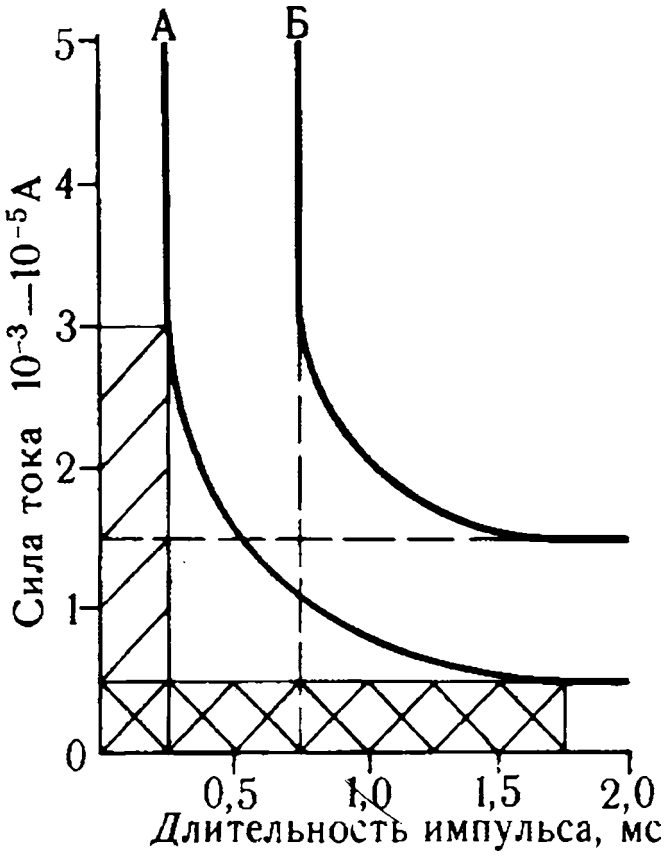


Рис. 25. Кривые зависимости интенсивность — длительность для электровозбудимых структур. Заштрихованы эффективные меры электричества (произведение силы тока и времени воздействия минимальной силы тока ($I \cdot t$) и длительности импульса) для кривой *А*. Пунктирными линиями обозначены величины минимальной силы тока и длительности импульса для кривой *Б* (менее возбудимая ткань).

воспроизвести до 500 импульсов в соответствии с ритмом раздражения, двигательные нервные окончания — до 150, мышца сама по себе (после кураризации) — до 250. Эти данные особенно важны для правильного подбора электрических сигналов при поражении периферической нервной системы. Например при периферическом парезе или параличе высокочастотные импульсы порядка 150—500 Гц являются запредельными. Следует также дифференцировать поражение соматической и вегетативной нервной системы, так как в последнем случае более эффективно применение низкочастотных токов. В других случаях выбор частоты электрических сигналов должен проводиться с учетом ритма работы органа, на который направлено основное воздействие. Например при лечении электропунктурой каких-либо неврологических заболеваний типа неврастении следует помнить, что основным ЭЭГ-ритмом является α-ритм, частота которого 8—12 Гц. Следовательно, есть все основания при функциональных заболеваниях нервной системы применять ток именно такой частоты. Мало оправданно в таких случаях использование токов очень высоких или очень низких частот. Применение электрических сигналов должно проводиться с учетом естественного состояния электромагнитных колебаний поля человека (по данным большинства авторов до 10 Гц). Вероятно поэтому применение низкочастотных импульсов, например для устранения боли, более эффективно, чем высокочастотных. При токах высокой частоты боль снимается быстрее, но более стойкие результаты достигаются при использовании токов низкой частоты. Таким образом, для электроакупунктуры или электропунктуры целесообразно применять низкочастотные токи (исключение составляет электроакупунктурная аналгезия с использованием локальных точек вблизи оперативного поля).

В практике рефлексотерапии используется также постоянный ток, время воздействия которого при однонаправленной полярности обычно ограничивают 3—5 мин. В противном случае может наступать электрокоагуляция подлежащих тканей, а при электроакупунктуре — и коррозия иглы. По-видимому, применение постоянного тока однополярной направленности возможно и более продолжительное время (до 30 мин), но при условии минимальной силы тока (1—10 мкА). В связи с этим наиболее часто применяются стимуляторы постоянного тока с ручной или автоматической регуляцией полярности через определенные промежутки времени (1—60 с).

В каждом конкретном случае параметры электростимуляции подбираются строго индивидуально.

Для проведения электропунктуры используют стержневые (рис. 26, *а*) и пластинчатые (рис. 26, *б*) электроды. Стержневые электроды диаметром 1—3 мм конструктивно совмещаются с рукояткой из диэлектрика с пружинным устройством, позволяющим регулировать давление на кожу. Пластинчатые электроды диаметром 3—5 мм полусферической формы укрепляются на коже различными способами. Предварительно кожу обрабатывают с целью уменьшения электрокожного сопротивления.

В последнее время описан новый серебряный остроконечный электрод, имеющий форму конуса. Его поверхность для лучшей электропроводности покрыта серебром. Воздействие с помощью такого электрода для аналгезии близко к воздействию игольчатыми электродами и намного выше действия закругленных электродов (рис. 27).



Рис. 26. Электропунктура с применением стержневых *(а)* и пластинчатых *(б)* электродов.

При электроакупунктуре активным электродом является введенная в ткани акупунктурная игла. После получения предусмотренных ощущений к иглам подключаются зажимы от проводников выхода электростимулятора. Зажим желательно подсоединять к стержню, а не к рукоятке (рис. 28), в противном случае может увеличиваться сопротивление в цепи и соответственно уменьшаться интенсивность стимуляции. Зажим или провод укрепляется на коже таким образом, чтобы игла была в нужном направлении.

Для эффективной стимуляции электроды подключают попарно, образуя при этом цепь. Электроды обычно располагают на одной стороне. В случае воздействия на одну точку другой электрод (индифферентный, в виде металлической пластинки) укрепляют на коже, предварительно обработанной для уменьшения электрокожного сопротивления.

Перед процедурой регулятор интенсивности тока должен находиться на нулевой отметке. В начале процедуры интенсивность стимуляции плавно увеличивают до необходимой величины. Пациент не всегда может ощущать электростимуляцию в области активного электрода, находящегося в участке высокого сопротивления. То же самое относится и к стимуляции локальных точек в области чувствительных расстройств. Кроме того, при использовании постоянного тока небольшой силы (1—10 мкА) эта величина является подпороговой и не вызывает ощущений. При электростимуляции в области двигательных точек могут наблюдаться сокращения мышц.

В течение сеанса возможно развитие адаптации к электрической стимуляции, что особенно нежелательно в случае электроакупунктурной аналгезии, поскольку обезболивание наступает при условии «постоянно работающей точки». Поэтому параметры электростимуляции (сила тока, его частота или форма импульсов) рекомендуется изменять. В некоторых электростимуляторах предусмотрено автоматическое изменение указанных параметров, а также длительности посылаемой «пачки» импульсов и паузы между ними.

В конце сеанса плавно уменьшают интенсивность электростимуляции, выключают аппарат и снимают электроды или при электроакупунктуре зажимы с игл (перед извлечением их).

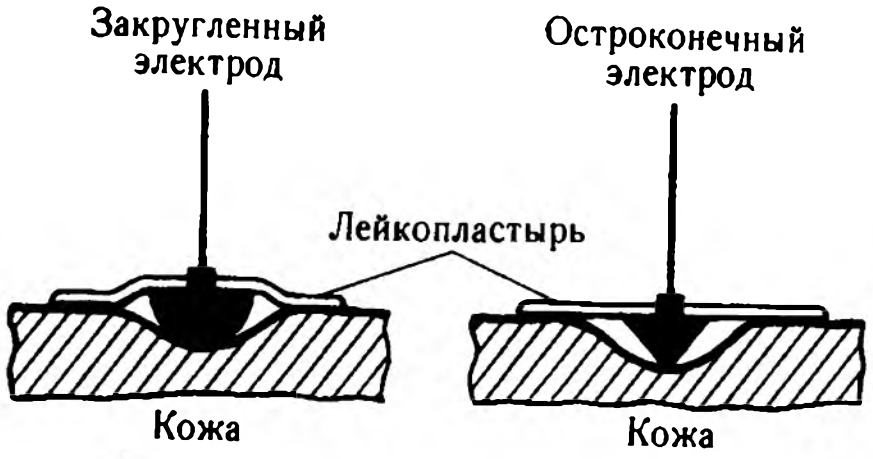


Рис. 27. Электроды для электропунктуры.

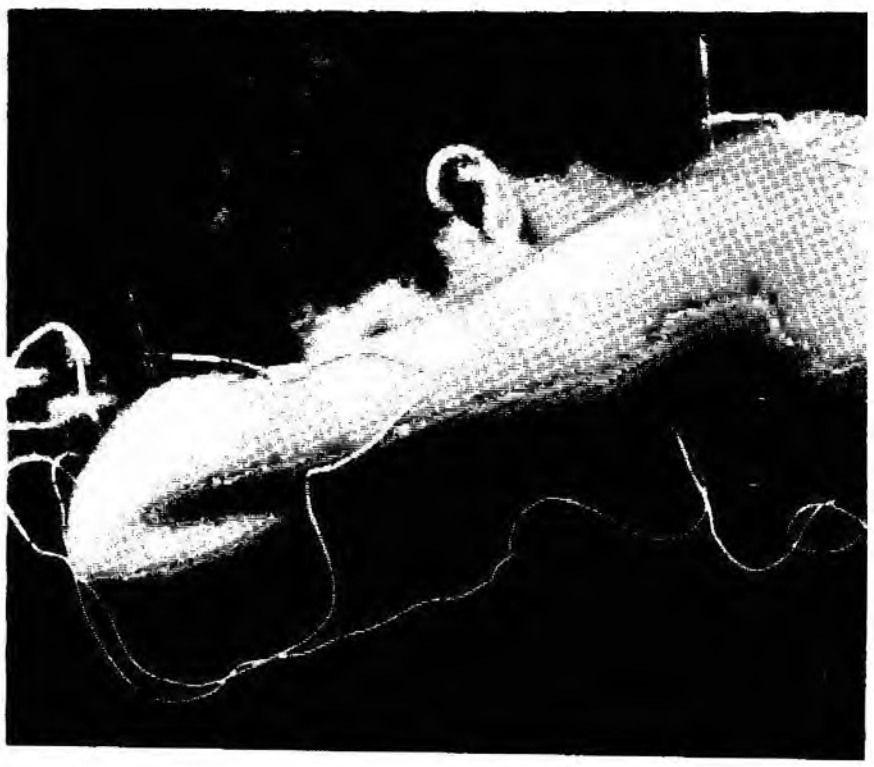


Рис. 28. Электроакупунктура.



Рис. 29. Лазеропунктура с применением световода.

В последнее время методы электровоздействия на точки акупунктуры как с лечебной, так и с диагностической целью развиваются особенно интенсивно. Перспективно создание автоматизированных аппаратов с обратной связью (исходное состояние точки — решающее устройство — посылка сигналов (лечение) — контроль состояния точки — решающее устройство), что позволит с высокой степенью точности и эффективности воздействовать на акупунктурные точки.

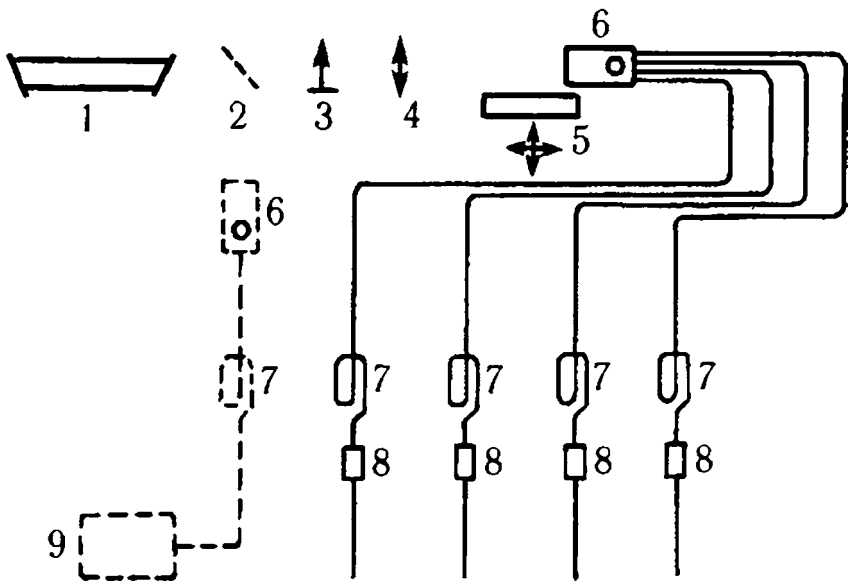


Рис. 30. Блок-схема экспериментальной клинической установки для лазеропунктуры на основе оптического квантового генератора с длиной волны 632,8 нм:
1 — оптический квантовый генератор; *2* — светоделительная пластинка; *3* — поляроид; *4* — объектив; *5* — юстировочный узел; *6* — оптический разъем; *7* — моноволокно; *8* — игла; *9* — измеритель мощности.

ДРУГИЕ ВИДЫ АКУПУНКТУРНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Ультрафиолетовое облучение точек акупунктуры. Вначале определяют биологическую дозу, как это принято в физиотерапии, и на следующий день приступают к лечению. После уточнения локализации точек акупунктуры облучают 5—6 точек в течение одного сеанса, по 2 биодозы на каждую (во избежание облучения соседних участков кожи применяют плотные прокладки с отверстиями диаметром около 5 мм). Повторное облучение точек с постоянным увеличением времени облучения до 5—7 биодоз возможно через 2—3 дня (после уменьшения эритемы). Курс лечения и количество сеансов обычное.

Лазеропунктура. Оптические квантовые генераторы применяются во многих отраслях медицины, в том числе и в рефлексотерапии. Клинические наблюдения свидетельствуют о целесообразности воздействия на точки акупунктуры монохроматическим когерентным излучением, обладающим исключительными физическими свойствами (В. М. Инюшин, 1979).

Для лазеропунктуры наиболее часто используются маломощные лазеры, генерирующие излучение в красной части спектра (гелийнеоновые, длина волны 632,8 нм). Удобно отведение лазерного излучения при помощи световолоконной оптики — световодов (рис. 29). Лазеропунктура осуществляется как в непрерывном, так и в импульсном режиме излучения (плотность мощности 5 мВт/см^2 на одну корпоральную точку и 2 мВт/см^2 на аурикулярную точку). При отдельных заболеваниях, в частности при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и кожи, плотность мощности можно увеличивать до 20 мВт/см^2 (не более) на корпоральную точку. Время воздействия в среднем 7—10 с (не более 20 с) на одну корпоральную точку и 3—5 с (не более 10 с) на одну аурикулярную точку. Суммарное время воздействия — не более 2 мин на корпоральные и не более 20 с на аурикулярные точки. Указанный режим работы соответствует суммарной плотности энергии воздействия 0,5—1 Дж/см^2 на корпоральные точки.

Наряду с *чрескожной лазеропунктурой* применяют и глубокое воздействие с помощью игл — *лазероакупунктуру*. На рис. 30 показана блок-схема экспериментальной клинической установки для лазероакупунктуры. Лазерное излучение передается по одномодовым моноволокнам из оптического кварца, введенным в каналы специальных (полых) акупунктурных игл.

Лазеропунктура находит все более широкое применение прежде всего при заболеваниях, в основе которых лежит нарушение нейрососудистой трофики (нейрогенные и сосудистые заболевания, воспалительные процессы, обменные нарушения типа артроза и др.). Следует отметить эффективность, быстроту, безболезненность и асептичность лазеропунктуры, однако при использовании оптических квантовых генераторов необходимо строгое соблюдение правил техники безопасности. Для проведения лазеропунктуры необходимы специально оборудованные помещения и подготовленный персонал.

Магнитопунктура. Может осуществляться несколькими способами. Один из наиболее простых — *наложение магнитофоров,* маг-

нитоносителями в которых являются постоянные прорезиненные магниты определенных размеров с заданными параметрами магнитоемкости, напряженности и проникающей способности поля. Применяются также специальные аппараты, генерирующие постоянное магнитное поле с различной напряженностью.

Близким к магнитопунктуре является применение **металлических пластин** (медных, серебряных, золотых, реже стальных) различных размеров, определяемых удобством их наложения на те или иные участки тела. Промежуточное место между магнитопунктурой и микропрессорефлексотерапией (цуботерапией) занимает наложение на точки акупунктуры **намагниченных металлических шариков.**

Ультразвуковая стимуляция точек акупунктуры. Проводится при помощи аппаратов для ультразвуковой терапии с вибраторами небольших размеров (площадью до 1 $см^2$). Ультразвуковое воздействие применяют в непрерывном или импульсном режиме. Тепловое воздействие ультразвука более выражено при непрерывном режиме генерации, поэтому в случаях, когда нужны воздействия малых доз и ограничение теплового эффекта, применяют импульсный режим. Некоторые аппараты могут работать на разных частотах колебаний, устанавливаемых в зависимости от глубины воздействия. Достаточная интенсивность ультразвукового воздействия на точку акупунктуры 0,1—0,4 $Вт/см^2$, время воздействия на одну точку — 3—5 мин. Во время процедуры необходим плотный контакт вибратора с поверхностью кожи, для чего ее предварительно смазывают вазелиновым маслом. Одновременно можно проводить фонофорез лекарственных веществ в определенные точки акупунктуры.

Мезотерапия (пролотерапия) — медикаментозная внутрикожная и подкожная инфильтрация точек акупунктуры. Сочетание иглорефлексотерапии с медикаментозным воздействием носит название *аквапунктуры.* Методика ее состоит в следующем. Вводят тонкую полую иглу диаметром 0,4—0,5 мм на необходимую глубину до возникновения предусмотренных ощущений. Затем через иглу вводят лекарственное средство в количестве 0,2—0,5 мл на каждую точку (для аурикулярных точек 0,1 мл).

Безыгольный метод мезотерапии заключается во введении лекарственных средств в акупунктурную зону с помощью механического инъектора. Применяют *микроэлектрофорез* различных лекарственных средств, а также обработку точки акупунктуры некоторыми раздражающими веществами (стимулин Д-1, паста Розенталя и др.). Выбор вещества и его дозы зависят от вида патологии, например, при двигательных нарушениях применяют АТФ, прозерин, при болевом синдроме — новокаин и т. д. Наиболее целесообразно вводить в точки акупунктуры раздражающие биогенные и ферментные средства, аналгезирующие, витаминные препараты, биогенные стимуляторы, медиаторы и др. Мезотерапия обеспечивает длительную стимуляцию точек акупунктуры и большую вероятность воздействия непосредственно на точку акупунктуры при инфильтрации ее лекарственным веществом.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ АКУПУНКТУРНЫХ ТОЧЕК

Воздействие на акупунктурные зоны составляет специфическую особенность метода рефлексотерапии. Существование таких областей на теле человека известно со времен глубокой древности. Акупунктурные зоны визуально не отличимы от близлежащих участков кожи, обнаруживаются у человека с момента рождения и располагаются идентично у разных индивидуумов.

Количество точек с учетом обнаруженных в последние годы при помощи разнообразных поисковых устройств составляет несколько тысяч. Согласно международной классификации классических меридианных точек насчитывается 361 (несимметричных 52 точки, симметричных 309), внемеридианных точек — 171, «новых» — 110 (König, Wancura, 1977). Кроме того, систематизированы аурикулярные точки и некоторые точки микроакупунктурных систем.

При изучении локализации классических акупунктурных точек оправдано использование меридианов как своеобразной системы отсчета. Хотя зачастую ход некоторых меридианов сложен и непривычен, ниже (с. 35) нами приводится их краткое описание с указанием традиционных стандартных пунктов и времени активности меридиана. Объединение групп точек в меридианы по функциональному признаку позволяет не только систематизировать и обозначать (кодировать), но и более эффективно

осуществлять подбор и сочетание точек с использованием традиционных правил.

Основным ориентиром при определении локализации акупунктурных точек являются анатомо-топографические данные. При описании топографии акупунктурных точек наиболее часто указывают определенную область тела, близлежащие анатомические образования, складки кожи, границы волосистых участков, ногти, мышцы, межмышечные промежутки, сухожилия, связки, суставы, хрящевые и костные образования. Некоторые точки находятся вблизи артериальных стволов.

Широко пользуются общепринятыми анатомическими линиями: передняя срединная, задняя срединная, среднеключичная (сосковая), передняя подмышечная, средняя подмышечная, задняя подмышечная, лопаточная, околопозвоночная и др. Кроме того, в иглорефлексотерапии существует специальная система условных линий, предназначенная для систематизации акупунктурных точек (Чжу Лянь, 1959).

В некоторых областях (например, на передней брюшной стенке, волосистой части головы и др.) анатомические ориентиры либо слабо выражены, либо их недостаточно для точного описания локализации точки. В этих случаях применяется метод измерения пропорциональных отрезков (пропорциональных цуней). Большинство участков тела можно разделить на определенное количество равных частей, которые соответствуют расположению акупунктурных точек независимо от роста, возраста и пола. Таким образом, метод пропорционального цуня — это деление определенного расстояния между выраженными анатомическими ориентирами на известное количество равных частей. Величина пропорционального отрезка одного и того же участка тела у разных людей неодинакова, поэтому есть смысл говорить об индивидуально-пропорциональном цуне [1].

[1] Индивидуально-пропорциональный цунь не следует смешивать с индивидуальным цунем как единицей измерения, имеющей в настоящее время ограниченное применение. Он равен расстоянию между складками кожи на средней фаланге, которые образуются при сгибании III пальца кисти (у мужчин на левой руке, у женщин — на правой, поскольку средний рост мужчин больше, чем у женщин, а размеры между указанными складками и у мужчин, и у женщин несколько больше на левой руке, чем на правой). Кроме того, существует еще одна акупунктурная единица измерения — абсолютный цунь, равен 2,5 см (в некоторых источниках — 3 см).

Таблица 2. **Деление областей тела на пропорциональные цуни**

Область тела	Расстояние	Количество цуней
Голова и шея	Передняя и задняя границы волосистой части головы	12
	Глабелла (надпереносье), точка РС3 (инь-тан) — середина передней границы волосистой части головы	3
	Точка Т (XIII)14 (дачжуй) — середина задней границы волосистой части головы	3
	Между двумя точками Е(III)8 (тоу-вэй) по линии роста волос	9
	Верхушки сосцевидных отростков (по задней поверхности шеи)	9
	Две точки Е(III)9 (жэньин) (через выступ гортани)	3
Передняя поверхность туловища	Основание мечевидного отростка (нижний край тела грудины) — центр пупка	8
	Центр пупка — верхний край лобкового симфиза	5
	Соски у мужчин, среднеключичные линии у женщин	8
Задняя поверхность туловища	Медиальные края лопаток (при максимальном их разведении)	6
Верхняя конечность	Передний (задний) край подмышечной складки — локтевая складка (конец локтевого отростка)	9
	Локтевая складка (конец локтевого отростка) — поперечная складка лучезапястного сустава (точка TR(X)4 (ян-чи)	12
Нижняя конечность	Верхний край лобкового симфиза — уровень середины коленного сустава (спереди точка Е(III)35 (дуби), сзади V(VII)40 (вэйчжун)	18
	Верхушка большого вертела бедренной кости — нижний край надколенника	17
	Верхний край лобкового симфиза — верхний край медиального надмыщелка бедренной кости (верхний край надколенника)	16
	Нижний край надколенника (подколенная складка) — центр (наиболее выступающая часть) латеральной лодыжки	16
	Нижний край надколенника (подколенная складка) — центр (наиболее выступающая часть) медиальной лодыжки	15

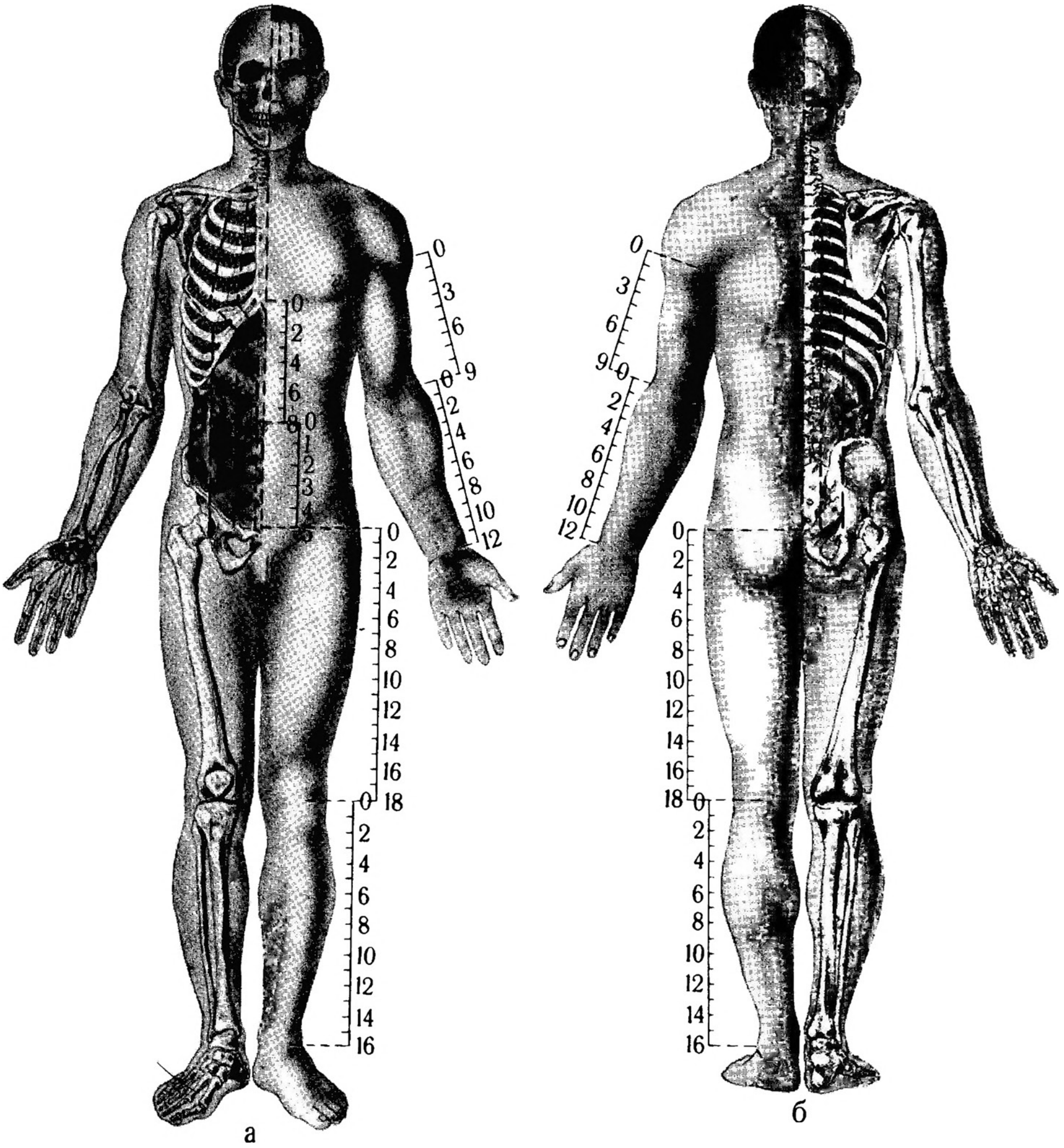
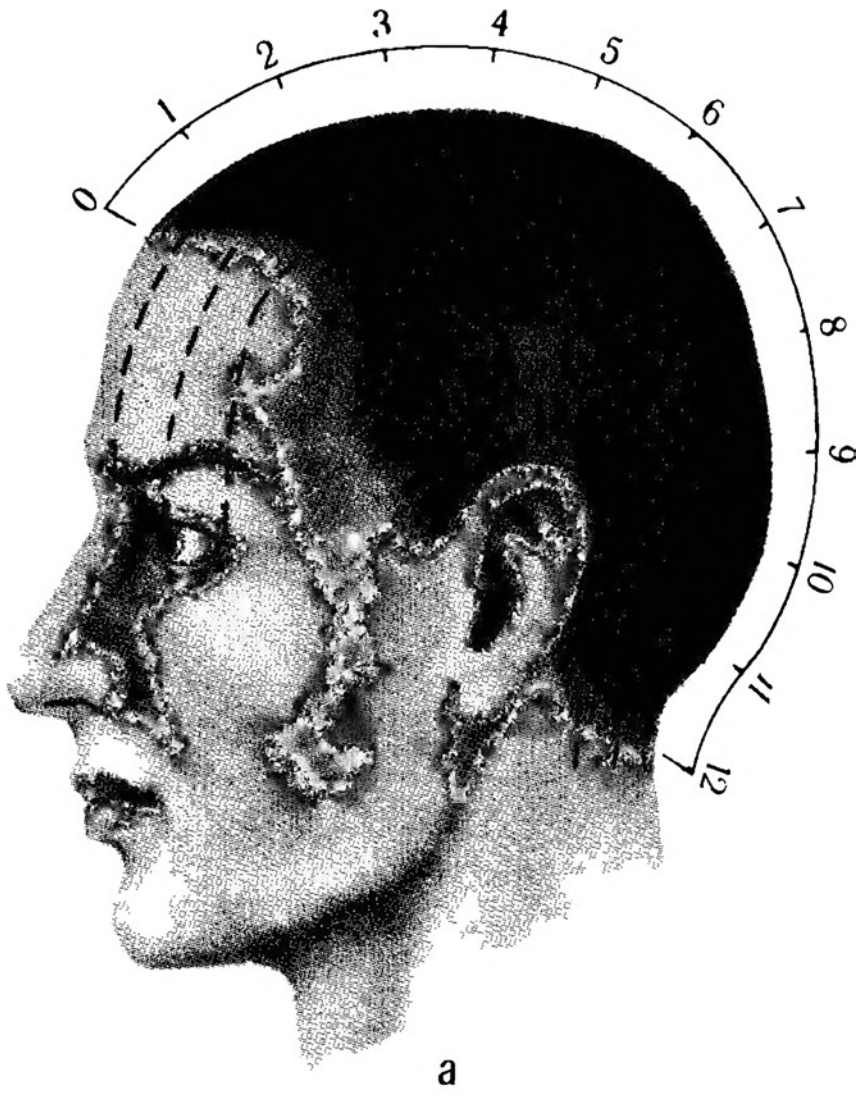


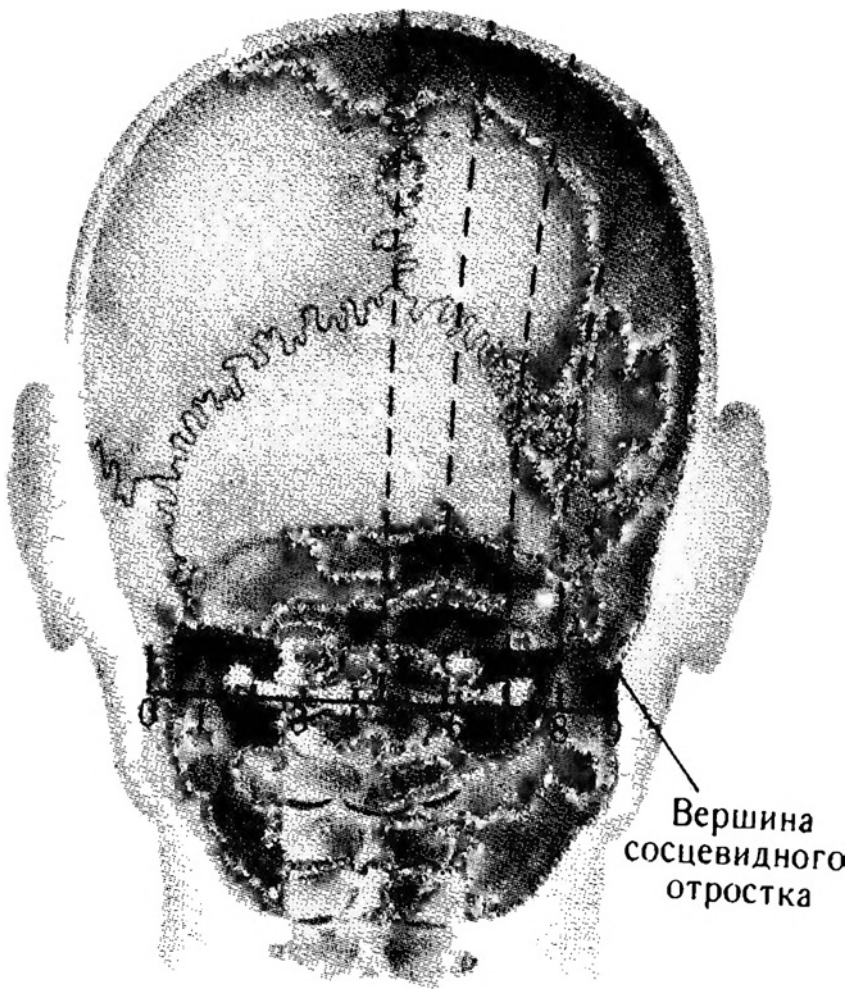
Рис. 31. Деление областей тела на пропорциональные части — цуни:
а — вид спереди; *б* — вид сзади.

Следует также учитывать, что величина индивидуально-пропорционального цуня (далее просто цуня) у одного и того же человека на разных участках тела различна. Например, величина одного цуня на расстоянии от центра пупка до верхнего края лобкового симфиза больше, чем на расстоянии от центра пупка до основания мечевидного отростка (рис. 31, *а*). Преимущества измерений при помощи метода пропорционального цуня очевидны и в настоящее время наряду с использованием анатомических ориентиров применяются повсеместно для определения акупунктурных точек (рис. 31, *б*, 32; табл. 2).

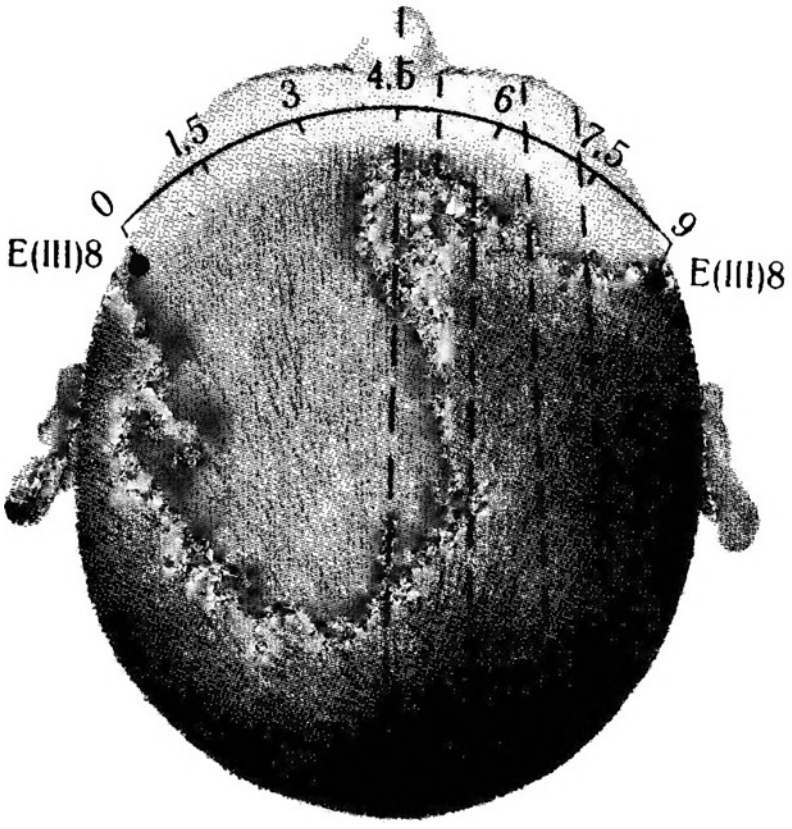
Для определения локализации акупунктурной точки вначале устанавливают абсолютную величину пропорционального цуня. Для этого измеряют длину соответствующего участка и делят на стандартное для него число цуней (см. табл. 2). Зная величину цуня и количество цуней до искомой точки, легко определить ее локализацию. Более удобно и быстро при этом использование эластичной мерной ленты (цунеметра) с нанесенными делениями (от 0 до 20). Цена деления (1—3 см) выбирается в зависимости от роста пациента. Ленту прикладывают к необходимому участку,



а



б



в

Рис. 32. Деление областей головы на пропорциональные части — цуни:
а — вид сбоку; *б* — вид сзади; *в* — вид сверху.

растягивая ее таким образом, чтобы одна граница участка была совмещена с нулевым делением, а другая — с делением, соответствующим стандартному числу цуней на данном участке. После этого отмечают на коже нужное количество цуней согласно описанию топографии данной точки. Следует учесть, что при слишком сильном растяжении мерной ленты ее различные участки растягиваются неравномерно, искажая результаты измерений, поэтому подбирают такую цену деления, чтобы растяжение ленты было минимальным.

При измерении важное значение имеет правильное положение пациента. Так, измерения на передней поверхности туловища, особенно на брюшной стенке, осуществляют в положении лежа на спине. При измерении расстояния между медиальными краями лопаток пациент должен наклонить голову вперед и развести лопатки (правой рукой обхватить левый плечевой сустав, а левой рукой — правый). При определении пропорциональных цуней на верхней конечности ее сгибают в локтевом суставе, кисть сгибают или разгибают в зависимости от измеряемой поверхности предплечья. Измерение расстояний на бедре производят в положении больного лежа с выпрямленными ногами.

Как указывалось, для определения локализации и систематизации акупунктурных точек используют ряд условных линий. Наибольшее практическое значение имеют следующие.

В области **головы и шеи** (кроме срединной линии):

первая боковая линия головы — проходит через внутренний угол глаза, соответствует точкам акупунктуры VII меридиана (мочевого пузыря). Начиная с точки V(VII)4 (цюй-ча) эта линия смещается на 1,5 цуня кнаружи от срединной линии (1/3 расстояния между точками T(XIII)24 (шэнь-тин) и E(III)8 (тоу-вэй);

вторая боковая линия головы (зрачковая) — проходит через середину глаза и соответствует точкам акупунктуры XI меридиана (желчного пузыря);

третья боковая линия головы — проходит через наружный угол глаза (на 3 цуня кнаружи от срединной линии на уровне точки VB(XI)13 (бэнь-шэнь) и соответствует точкам акупунктуры XI меридиана (желчного пузыря). Боковые линии головы, проходя через теменную область, несколько расходятся в стороны, а затем в затылочной области смещаются медиально.

В области **грудной клетки** (кроме срединной линии):

первая боковая линия груди — проходит посередине между срединной и среднеключичной линиями, т. е. на 2 цуня кнаружи от срединной линии и соответствует точкам акупунктуры VIII меридиана (почек);

вторая боковая линия груди — совпадает со среднеключичной, проходит на 4 цуня кнаружи от срединной и соответствует точкам акупунктуры III меридиана (желудка);

третья боковая линия груди — находится на 6 цуней кнаружи от срединной и соответствует точкам акупунктуры I и IV меридианов (легких и селезенки, поджелудочной железы).

В области **передней брюшной стенки** (кроме срединной линии):

первая боковая линия живота — проходит параллельно срединной, на 0,5 цуня кнаружи от нее и соответствует точкам акупунктуры VIII меридиана (почек);

вторая боковая линия живота — является продолжением первой боковой линии груди, располагается на 2 цуня кнаружи от срединной и соответствует точкам акупунктуры III меридиана (желудка);

третья боковая линия живота — является продолжением второй боковой линии груди (среднеключичной), располагается на 4 цуня кнаружи от срединной и соответствует точкам акупунктуры IV, XI и XII меридианов (селезенки и поджелудочной железы, желчного пузыря и печени).

На **задней поверхности туловища** (кроме срединной линии):

первая боковая линия спины — проходит посередине между срединной и второй боковой линиями спины, на 1,5 цуня кнаружи от срединной и соответствует точкам акупунктуры VII меридиана (мочевого пузыря);

вторая боковая линия спины — проходит через медиальный край лопаток (при максимальном их разведении), на 3 цуня кнаружи от срединной линии и соответствует точкам акупунктуры VII меридиана (мочевого пузыря).

Для уточнения локализации некоторых точек акупунктуры существуют методические приемы быстрого определения. Например, если предложить пациенту скрестить кисти так, чтобы они соприкасались кожными перепонками первых межпальцевых промежутков (см. рис. 42), то под кончиком указательного пальца на лучевом крае лучевой кости окажется точка P(I)7 (лецюе), а под кончиком III пальца на тыльной поверхности лучевой кости — точка GI(II)6 (пянь-ли). Наиболее надежные приемы быстрого определения приведены при описании топографии корпоральных точек акупунктуры.

Одним из этапов определения является пальпация (прессация) зоны, соответствующей локализации точки акупунктуры. Она проводится легкими надавливаниями кончиком полусогнутого II пальца на участок кожи, где предполагается расположение точки. Как правило, акупунктурная зона при надавливании отличается повышенной чувствительностью, при некоторых патологических состояниях иногда наблюдается в ней спонтанная болезненность. В большинстве случаев при правильном определении точки с помощью пальпации можно получить предусмотренные ощущения той или иной степени выраженности. При пальпации некоторых особо чувствительных областей (лицо, кисть, стопа) отмечаются обычно только болевые ощущения. Следует учитывать, что у больных с пониженной чувствительностью даже при сильном надавливании в акупунктурных зонах ощущений может не быть, и наоборот, при общей гиперестезии незначительное надавливание даже вне зоны акупунктуры вызывает быструю реакцию. В таких случаях требуется соответствующая коррекция определения локализации точек акупунктуры.

При наличии определенного опыта пальпация дает возможность уточнения локализации акупунктурной точки по определению зоны: с максимальной болевой чувствительностью (рис. 33, *1*); со сниженным тургором тканей (ощущение ямки или впадины под пальцем) (рис. 33, *2*); с напряжением тканей (ощущение типа локального набухания) (рис. 33, *3*); с уплотнением тканей (ощущение подкожного узелка) (рис. 33, *4*).

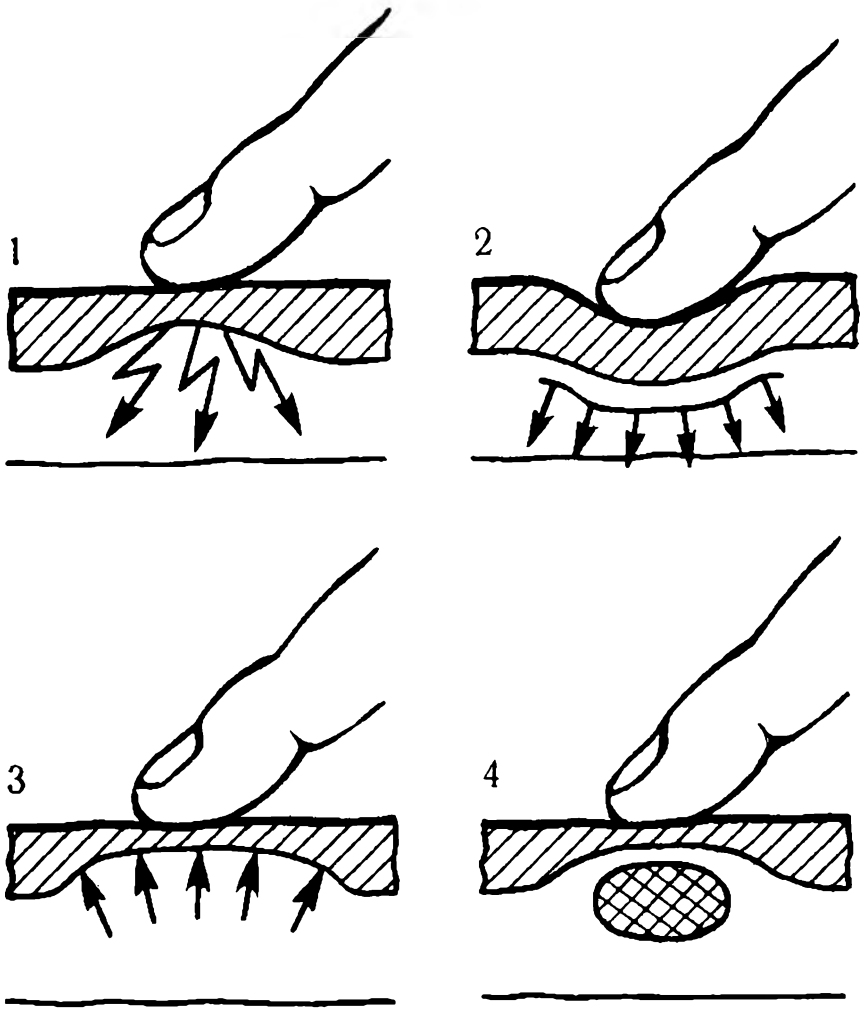


Рис. 33. Схема прессорного определения точек акупунктуры (объяснение в тексте).

В последнее время широкое распространение получили многочисленные технические средства для определения точек акупунктуры, в частности аппараты, принцип использования которых основан на измерении *электропроводности кожи.* Как правило, сопротивление кожи в акупунктурной зоне ниже, чем в окружающих участках (рис. 34). Процедура определения несложная (рис. 35). Кожа акупунктурной зоны предварительно обрабатывается, индифферентный электрод закрепляют в любом удобном участке тела больного. Прикасаясь к поверхности кожи (равномерно, без сильного нажима) в исследуемой области активным электродом-щупом по показаниям микроамперметра и срабатыванию световой или звуковой индикации (поисковую интенсивность тока подбирают индивидуально) определяют необходимые точки.

Применяют также мультиэлектродную технику определения точек. Способ заключается в наложении на акупунктурную зону пластинки из диэлектрика, на которой вмонтировано большое количество микроэлектродов. Затем последовательно измеряют электропроводность под каждым электродом и с помощью логического устройства выбирают высокоэлектропроводный участок, который в дальнейшем можно подвергать лечебному воздействию методом

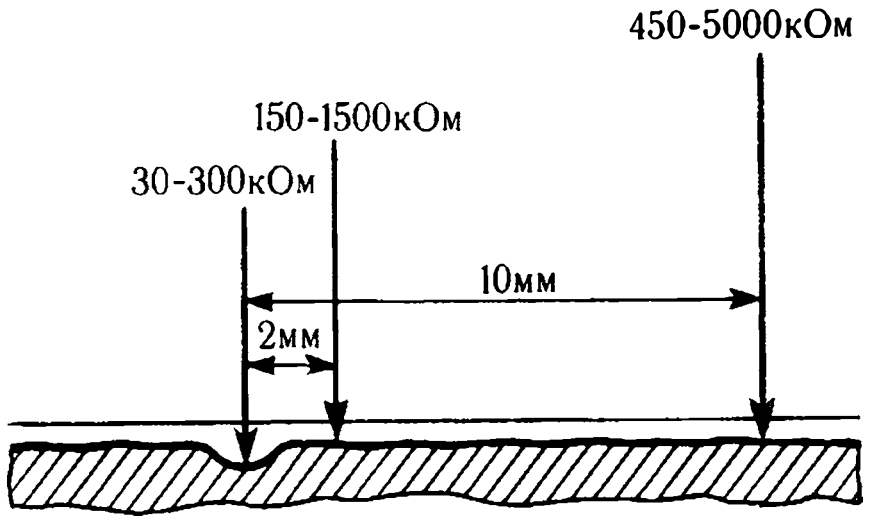


Рис. 34. Изменение электрического сопротивления кожи в зависимости от расстояния до точки акупунктуры (по Bossy, 1973).

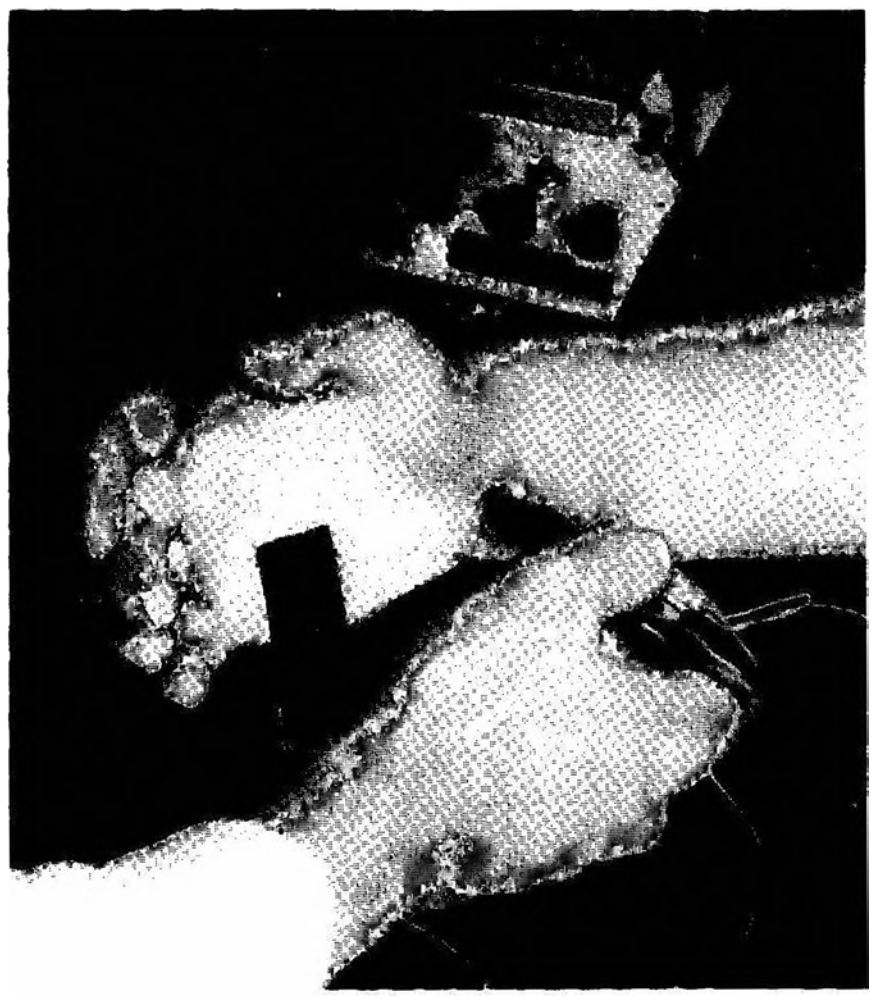


Рис. 35. Уточнение локализации точек акупунктуры с помощью поискового аппарата.

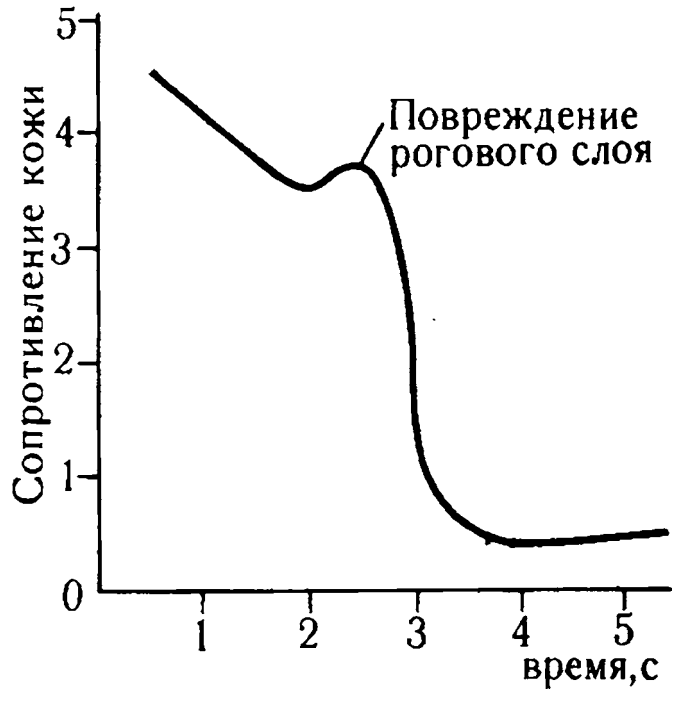


Рис. 36. Изменение кожного сопротивления под поисковым электродом (по Mc Carroll, Rowley, 1979).

электропунктуры через те же микроэлектроды.

Определяют локализацию акупунктурных зон с помощью измерения *кожных потенциалов,* а также по *градиенту температуры.* Для этого различными способами измеряют температуру непосредственно в зоне и сравнивают ее с температурой окружающих тканей. Иногда применяют тепловизоры (термовизоры), регистрирующие зоны повышенной температуры.

Для повышения надежности аппаратный метод определения точек акупунктуры должен сочетаться с другими методами. Следует учитывать, что большинство приборов, измеряющих электропроводность кожи, фактически не дают возможности определить локализацию акупунктурной зоны: низкое по сравнению с окружающей поверхностью кожи электрическое сопротивление присуще всем акупунктурным зонам, однако не все зоны с низким сопротивлением являются акупунктурными. Например, электрическое сопротивление может быть снижено в области незначительных повреждений эпидермиса. Как указывалось выше, более 90 % электрического сопротивления кожи приходится на долю рогового слоя эпидермиса. Толщина его на большей части поверхности кожи составляет 20—100 мкм, поэтому он легко повреждается. Все современные поисковые электроды создают давление на кожу, при котором уже через 2с целостность рогового слоя эпидермиса обычно нарушается и сопротивление резко падает (рис. 36). Следовательно, определение точки акупунктуры, основанное на измерении электропроводности кожи, может служить только для уточнения ее локализации.

Принципы определения локализации точек и зон микроакупунктурных систем (аурикулярных, краниопунктуры и др.) изложены ниже.

ГЛАВА 2

ТОПОГРАФИЯ КОРПОРАЛЬНЫХ ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ И ПОКАЗАНИЯ К ВОЗДЕЙСТВИЮ НА НИХ

МЕРИДИАННЫЕ ТОЧКИ

Меридианные точки — это зоны воздействия, которые наиболее широко используются в акупунктурной терапии. В связи с этим изложение анатомо-топографических данных, касающихся их локализации относительно кожи и подлежащих тканей, максимально детализировано. Описаны особенности техники стимуляции точек при иглоукалывании и термопунктуре, указаны основные показания для применения в клинической практике.

В соответствии с меридианным принципом классификации точек акупунктуры дано краткое описание хода каждого меридиана согласно локализации (проекции) его точек на поверхности тела. С учетом существующего многообразия в обозначениях меридианов в табл. 3 представлены их нумерация, а также названия в русской, китайской, французской, английской, немецкой и латинской транскрипции.

Меридиан I (легких)

Относится к системе меридианов инь руки. Центробежный, парный. Насчитывает 11 точек акупунктуры (рис. 37).

В области подключичной ямки (P(I)1, P(I)2) меридиан проходит по третьей боковой линии груди (с. 32), в области плеча (P(I)3, P(I)4) — по наружному краю двуглавой мышцы плеча, в области локтевого сустава (P(I)5) — по наружному краю сухожилия этой же мышцы, на предплечье (P(I)6—P(I)9) следует по его переднелатеральному краю (внутренне-лучевой стороне), на кисти (P(I)10—P(I)11) пересекает возвышение большого пальца, заканчиваясь у латерального (лучевого) края корня ногтя большого пальца.

Время максимальной активности меридиана с 3 до 5 ч [1].

Стандартные пункты: точка входа — P(I)1 (чжун-фу); тонизирующая точка — P(I)9 (тай-юань); седативная точка — P(I)5 (чи-цзэ); точка-пособник — P(I)9 (тай-юань); стабилизирующая точка — P(I)7 (ле-цюе); сочувственная точка — V(VII)13 (фэй-шу); точка-глашатай — P(I)1 (чжун-фу); точка выхода — P(I)7 (ле-цюе).

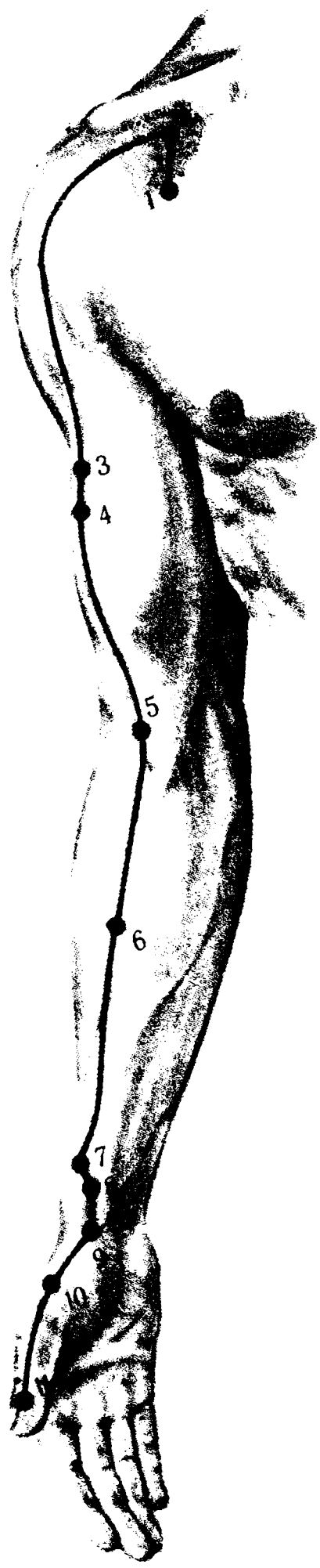


Рис. 37. Точки акупунктуры меридиана I (легких).

[1] Данные приведены из классических руководств.

Таблица 3. **Обозначения классических меридианов**

Номер меридиана	Обозначение в транскрипции					
	русской	китайской (в русской и латинской транскрипции)	французской	английской	немецкой	латинской
I	Легких	Шоу-тай-инь-фэй-цзин Shou Tai Yin Fei Jing	P — Poumons	LU — Lungs	LU — Lunge	P — Pulmo
II	Толстой кишки	Шоу-ян-мин-да-чан-цзин Shou Yang Ming Da Chang Jing	GI — Gros Intestin	LI — Large Intestine	DI(DD) — Dickdarm	IC — Intestinum Crassum
III	Желудка	Цзу-ян-мин-вэй-цзин Zu Yang Ming Wei Jing	E — Estomac	ST(S) — Stomach	M — Magen	V — Ventriculus
IV	Селезенки, поджелудочной железы	Цзу-тай-инь-пи-цзин Zu Tai Yin Pi Jing	RP — Rate — Pancreas	SP — Spleen	MP — Milz — Pancreas	LP — Lien — Pancreas
V	Сердца	Шоу-шао-инь-синь-цзин Shou Shao Yin Xin Jing	C — Coeur	HT(H) — Heart	H — Herz	C — Cor
VI	Тонкой кишки	Шоу-тай-ян-сяо-чан-цзин Shou Tai Yang Xiao Chang Jing	IG — Intestin Grêle	SI — Small Intestine	DÜ — Dünndarm	IT — Intestinum Tenue
VII	Мочевого пузыря	Цзу-тай-ян-пан-гуан-цзин Zu Tai Yang Pang Guang Jing	V — Vessie	BL(B) — Bladder	B — Blase	VU — Vesica Urinaria
VIII	Почек	Цзу-шао-инь-шэнь-цзин Zu Shao Yin Shen Jing	R — Rein	KI(K) — Kidney	N — Niere	R — Ren
IX	Перикарда	Шоу-цзюе-инь-синь-бао-цзин Shou Jue Yin Xin Bao Jing	MC — Maître du Coeur	HC, CX — Heart Constrictor, Circulation — Sex	KS — Kreislauf — Sexual	PC — Pericardium
X	Трех частей туловища	Шоу-шао-ян-сань-цзяо-цзин Shou Shao Yang San Jiao Jing	TR — Triple Rechauffeurs	TH — Three Heaters	3E — Dreifachen Erwärmers	SJ — San Jiao
XI	Желчного пузыря	Цзу-шао-ян-дань-цзин Zu Shao Yang Dan Jing	VB — Vesicule Biliaire	GB(G) — Gall Bladder	G — Gallenblase	VF — Vesica Fellea
XII	Печени	Цзу-цзюе-инь-гань-цзин Zu Jue Yin Gan Jing	F — Foie	LV(LIV) — Liver	L — Leber	H — Hepar
XIII	Заднесрединный	Ду-май Du (Tou) Mai	T(TM), VG — Tou Mo, Vaisseau Gouverneur	GV — Governing Vessel	TM, LG — Guverneur, Lenkergefäss	DM — Du Mai
XIV	Переднесрединный	Жэнь-май Ren (Jen) Mai	J(JM), VC — Jenn Mo, Vaisseau Conception	CV — Conception Vessel	JM, KG — Konzeption, Konzeptionsgefäss	RM — Ren Mai

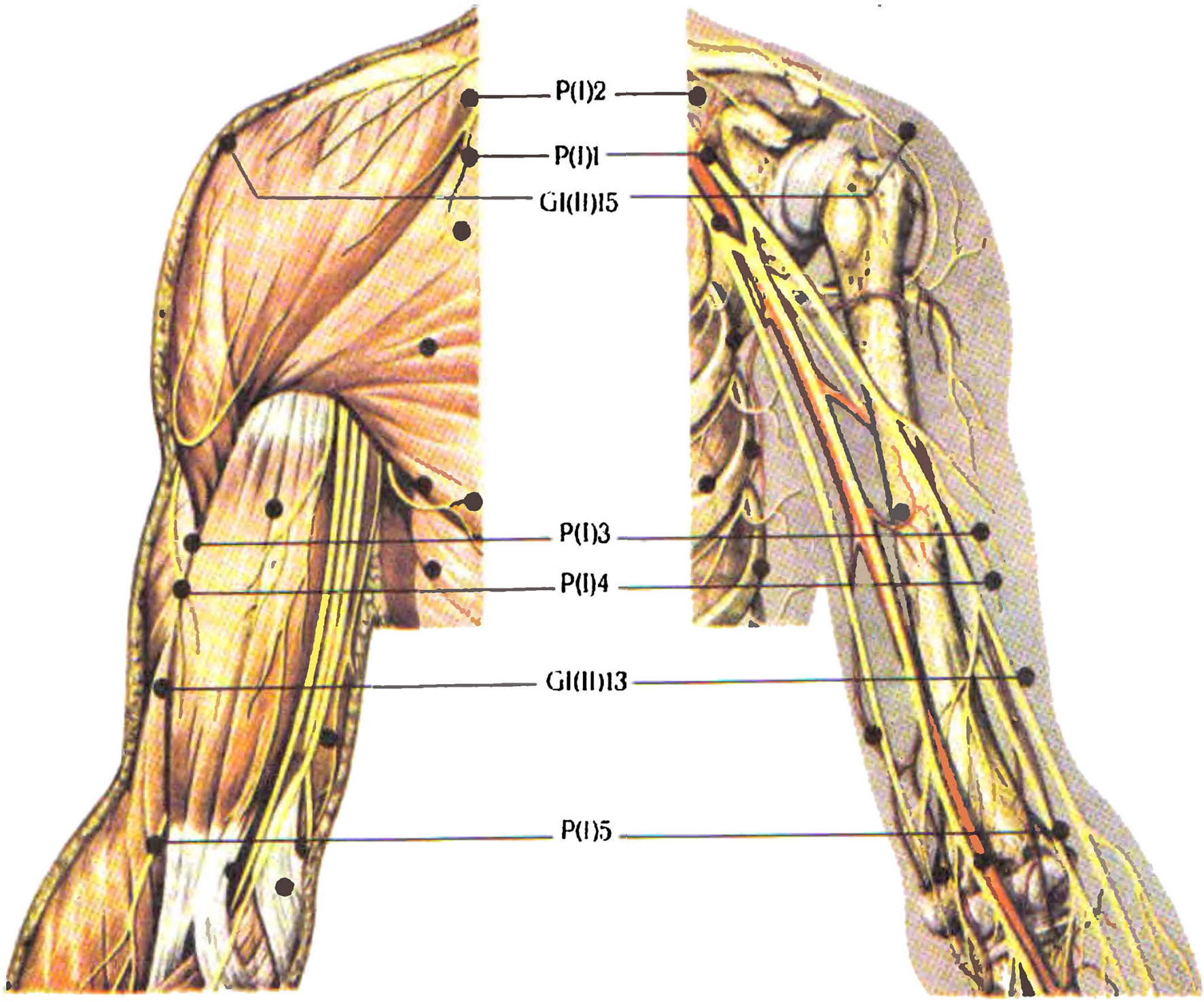


Рис. 38. Проекции точек акупунктуры P(I)1—P(I)5, GI(II)13, GI(II)15 в области груди и плеча.

P(I)1 (чжун-фу)

Топография: в подключичной ямке, на 6 цуней кнаружи от передней срединной линии, приблизительно на 3 см ниже точки P(I)2 (юнь-мэнь), на уровне I межреберья; проецируется на верхний отдел большой грудной мышцы, иннервируемой медиальным и латеральным грудными нервами плечевого сплетения; здесь проходят ветви грудоакромиальной артерии, первая передняя межреберная ветвь внутренней грудной артерии, ветви наивысшей межреберной артерии, грудоакромиальной вены, наивысшей межреберной вены и промежуточного надключичного (шейное сплетение) нерва, передние ветви первого грудного нерва (рис. 38).

Определяется в положении лежа на спине или сидя.

Техника: укол наклонный по направлению к межреберью, глубина введения иглы до 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин) (рис. 39).

Показания: заболевания органов дыхания, тонзиллит, отек лица и конечностей, боль в области груди и плеча.

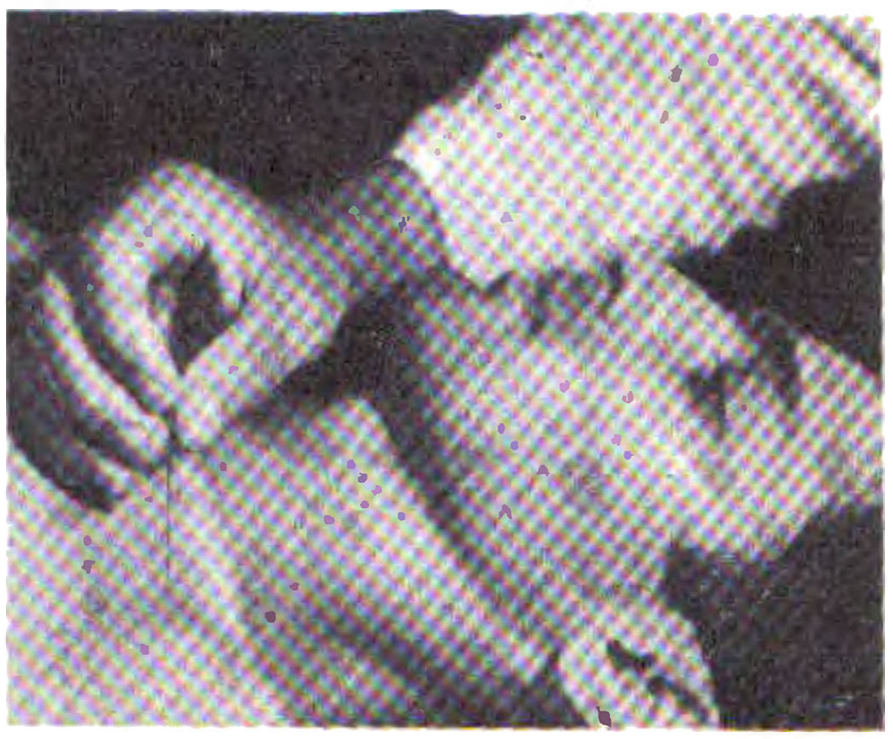


Рис. 39. Введение акупунктурной иглы в точку P(I)1 (чжун-фу).

P(I)2 (юнь-мэнь)

Топография: под акромиальным концом ключицы, в углублении между дельтовидной и большой грудной мышцами, на 6 цуней кнаружи от передней срединной линии; проецируется на верхний отдел большой грудной мышцы; здесь проходят подмышечная артерия, ветви грудоакромиальной артерии и вены, наивысшей межреберной артерии и вены, плечевое сплетение, ветви промежуточного надключичного нерва (см. рис. 38).

Определяется в положении лежа на спине или сидя.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы до 10 мм, продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов дыхания, тонзиллит, боль в области груди, спины, плечевого сустава.

P(I)3 (тянь-фу)

Топография: у наружного края двуглавой мышцы плеча, на 3 цуня ниже уровня подмышечной ямки или на 6 цуней выше точки P(I)5 (чи-цзэ); проецируется на плечевую мышцу, иннервируемую мышечно-кожным нервом; здесь проходят латеральная подкожная вена руки, ветви плечевой артерии и вены, верхний латеральный кожный нерв плеча, отходящий от подмышечного нерва (см. рис. 38).

При определении рука опущена и прижата к туловищу.

Техника: рука отведена под прямым углом к туловищу, укол прямой, глубина введения иглы 10 мм, продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов дыхания, носовое кровотечение, икота, рвота, головная боль, головокружение, психические расстройства, боль в области лопатки, плеча.

P(I)4 (ся-бай)

Топография: у наружного края двуглавой мышцы плеча, на 4 цуня ниже уровня подмышечной ямки; проецируется на плечевую мышцу; здесь проходит латеральная подкожная вена руки, лучевая коллатеральная артерия (ветвь плечевой артерии), плечевая вена, мышечно-кожный нерв и верхний латеральный кожный нерв плеча (см. рис. 38, 40).

При определении рука опущена и прижата к туловищу.

Техника: рука в положении отведения, укол прямой, глубина введения иглы в среднем 10 мм, продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: кашель, одышка, сердцебиение, тошнота, боль в груди, в передней области верхней конечности.

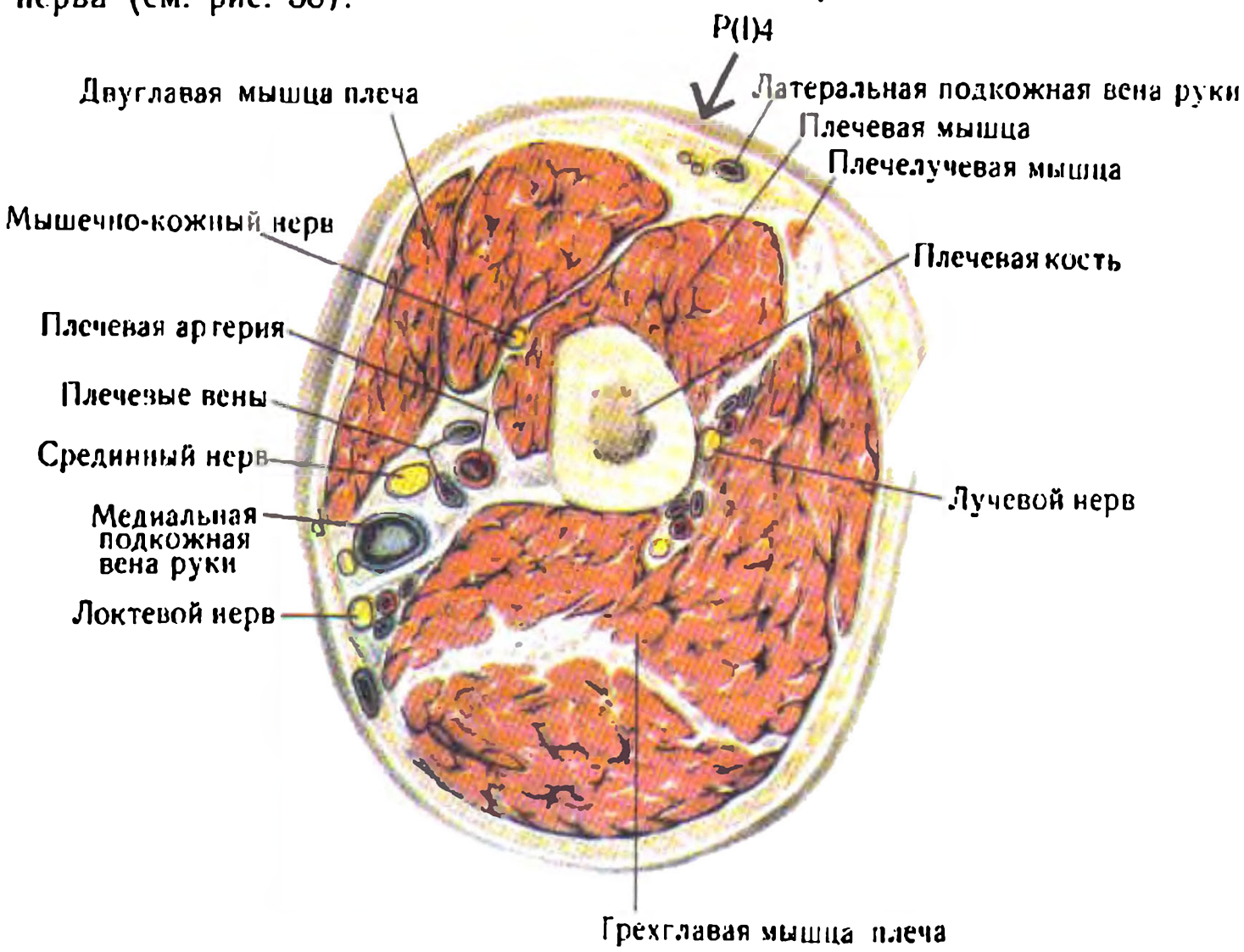


Рис. 40. Поперечный срез правого плеча на уровне точки P(I)4 (ся-бай).

P(I)5 (чи-цзэ)

Топография: на складке локтевого сгиба у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча; проецируется на нижний отдел плечевой мышцы, иннервируемой мышечно-кожным нервом; здесь проходит лучевая возвратная артерия, лучевая вена, латеральный кожный нерв предплечья, в глубине — лучевой нерв (см. рис. 38).
При определении рука согнута в локтевом суставе.
Техника: рука несколько согнута в локтевом суставе, укол прямой, глубина около 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания органов дыхания, тонзиллит, неврозы, реактивные состояния, энурез, судороги у детей, чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей.

P(I)6 (кун-цзуй)

Топография: на линии, соединяющей точки P(I)5 (чи-цзэ) и P(I)9 (тай-юань), на 5 цуней ниже локтевого сгиба; проецируется на внутренний край плечелучевой мышцы, иннервируемой лучевым нервом; здесь проходят ветви лучевой артерии, лучевой вены, латерального кожного нерва предплечья, более глубоко — лучевая артерия и поверхностная ветвь лучевого нерва (рис. 41).
При определении рука согнута в локтевом суставе и обращена ладонью кверху.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: острые респираторные заболевания, кашель, ларингит, фарингит, боль в суставах верхней конечности.

P(I)7 (ле-цюе)

Топография: на лучевом крае лучевой кости, в углублении выше шиловидного отростка, на 1,5 цуня проксимальнее лучезапястного сустава. Если скрестить ладони, как показано на рис. 42, эта точка определяется под кончиком указательного пальца. Проецируется между сухожилиями плечелучевой мышцы и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти, на середину квадратного пронатора, иннервируемого срединным нервом; здесь проходят ветви лучевой артерии, лучевой вены, латеральный кожный нерв предплечья, поверхностная ветвь лучевого нерва (см. рис. 41).
При определении предплечье обращено лучевым краем кверху.
Техника: укол наклонный, в проксимальном направлении, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов дыхания, тонзиллит, поражение лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, головная,

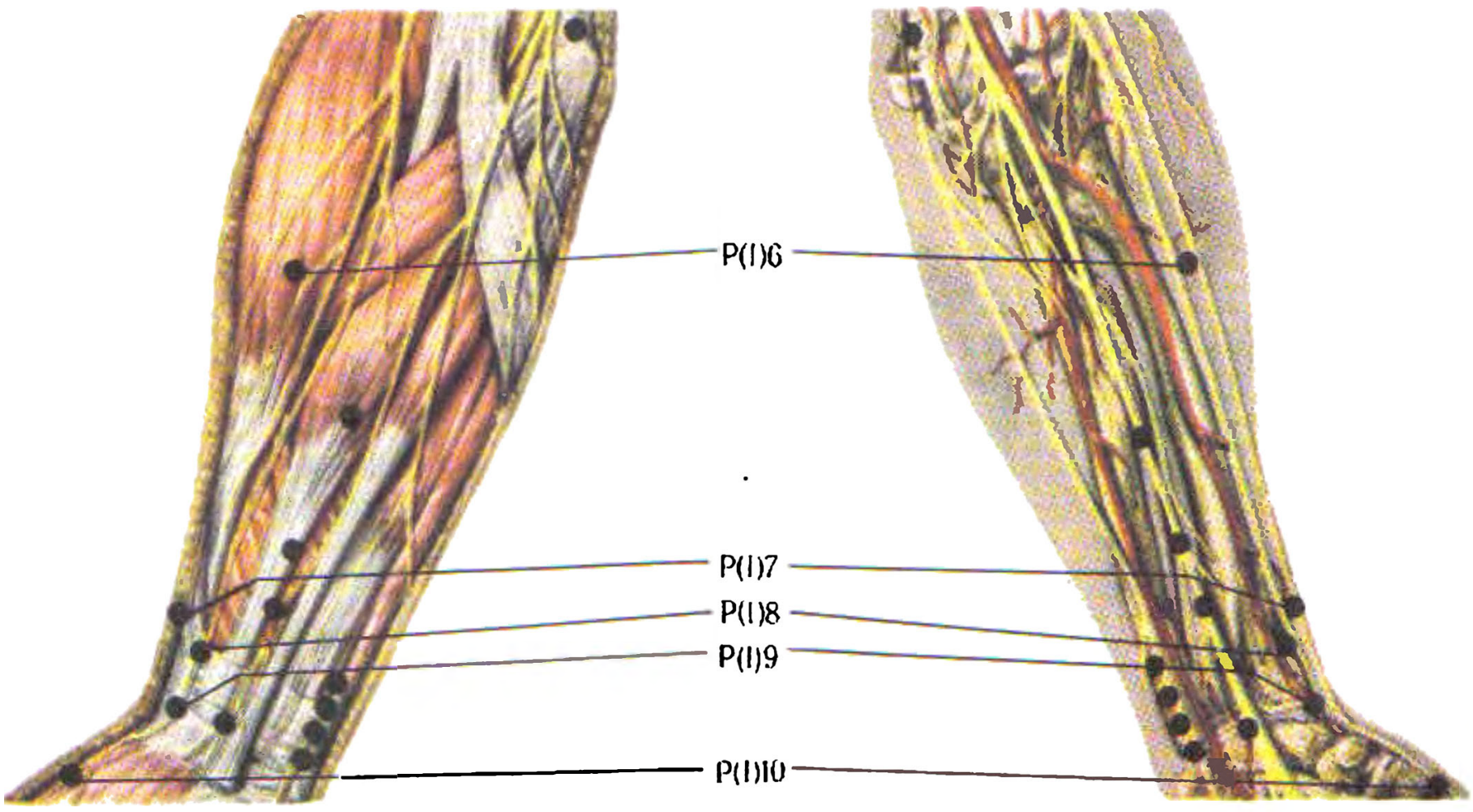


Рис. 41. Проекции точек акупунктуры P(I)6—P(I)10 в области предплечья и кисти.

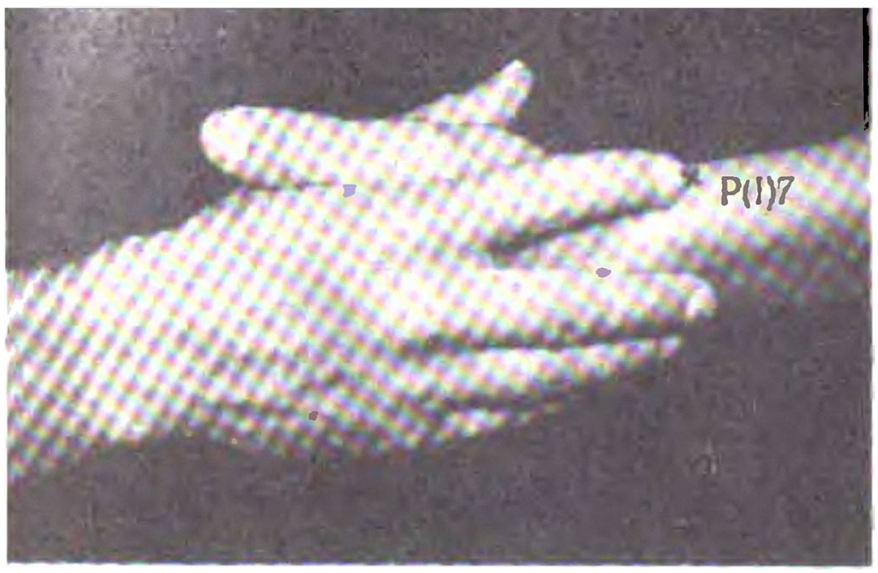


Рис. 42. Прием быстрого определения точки P(I)7 (ле-цюе).

зубная боль, заболевания кожи, боль в области предплечья, запястья, кисти. Является одной из основных точек в практике акупунктуры.

P(I)8 (цзин-цюй)

Топография: на уровне шиловидного отростка лучевой кости, на 1 цунь выше точки P(I)9 (тай-юань); проецируется в области квадратного пронатора, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя запястья; здесь проходят лучевая артерия и вена, разветвления латерального кожного нерва предплечья, поверхностной ветви лучевого нерва (см. рис. 41).

При определении рука согнута в локтевом суставе, обращена ладонью кверху. Точка находится в месте прощупывания пульсации лучевой артерии.

Техника: укол наклонный, в обход лучевой артерии, глубина введения иглы около 5 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие 1—3 мин).

Показания: заболевания органов дыхания, тонзиллит, фарингит, поражение лучевого нерва, боль в области предплечья и лучезапястного сустава.

P(I)9 (тай-юань)

Топография: во впадине, на конце поперечной кожной складки лучезапястного сустава, у лучевого края лучевой артерии; проецируется на нижний край квадратного пронатора; здесь проходят лучевая артерия, вена, латеральный кожный нерв предплечья, поверхностная ветвь лучевого нерва, ладонная ветвь срединного нерва (рис. 43).

При определении рука обращена ладонью кверху.

Техника: укол наклонный, в обход артерии, глубина введения иглы около 5 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие 1—3 мин).

Показания: заболевания органов дыхания, глаз, нарушение сна, межреберная невралгия, боль в предплечье. Оказывает специфическое действие на артерии.

P(I)10 (юй-цзи)

Топография: у середины I пястной кости, на границе тыльной и ладонной поверхности кожи; проецируется на мышцы возвышения большого пальца кисти, иннервируемые срединным и лучевым нервами; здесь проходят ветви лучевой артерии и вены, ладонные поверхностные ветви срединного нерва (см. рис. 43).

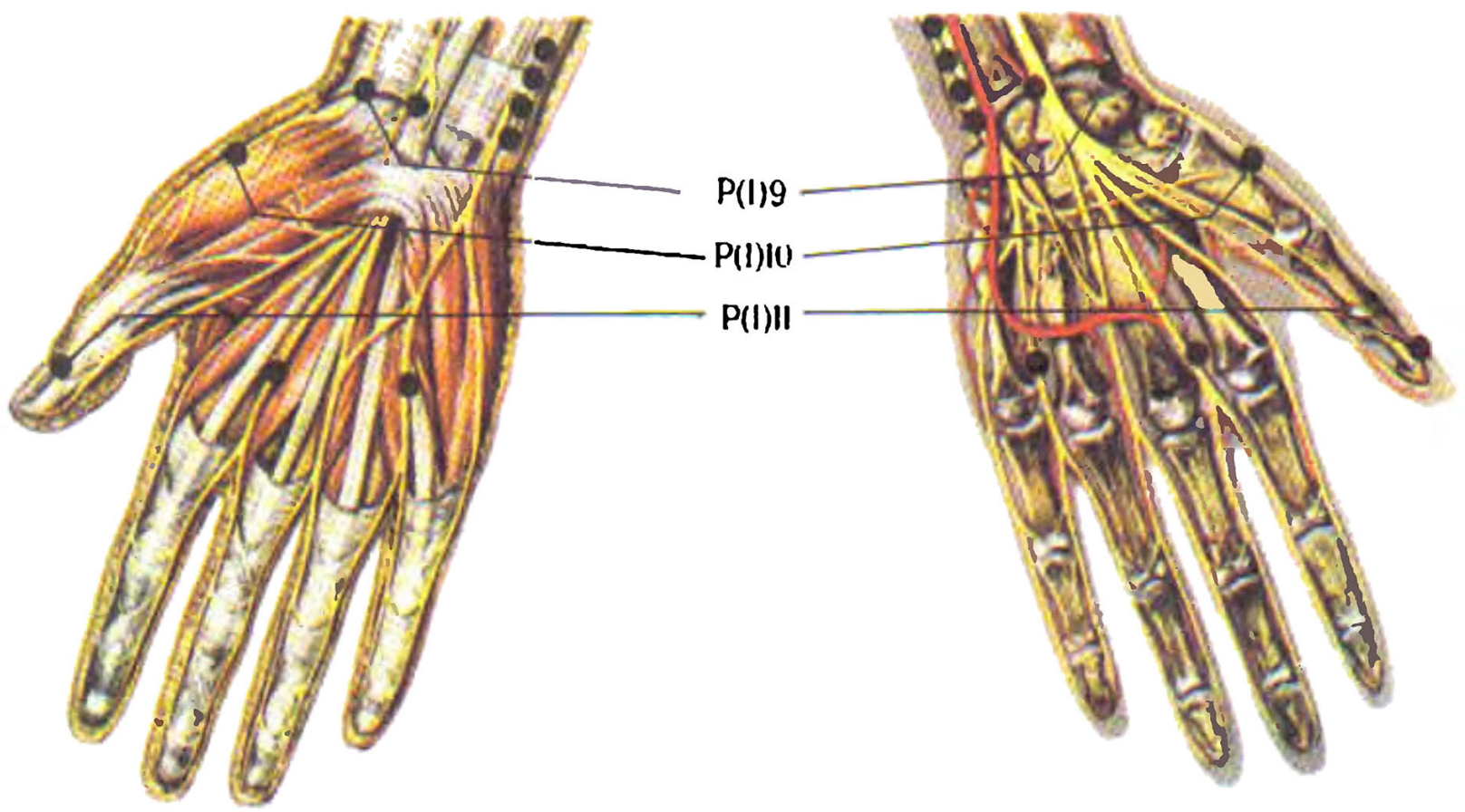


Рис. 43. Проекции точек акупунктуры P(I)9—P(I)11 в области кисти.



Рис. 44. Введение акупунктурной иглы в точку P(I)11 (шао-шан).

При определении кисть обращена лучевым краем кверху.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы около 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: кашель, тонзиллит, головная боль, головокружение, нарушение сна, сердцебиение, гипергидроз.

P(I)11 (шао-шан)

Топография: на дистальной фаланге I пальца кисти, на 3 мм в лучевую сторону от корня ногтя; здесь расположены анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий, тыльная венозная пальцевая сеть, ветви собственного ладонного пальцевого и тыльного пальцевого нерва (см. рис. 43).

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный (рис. 44), глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: кашель, заболевания полости рта, глотки и гортани, головная боль, головокружение, нарушение сна, боль в области груди и спины, неотложная помощь.

Меридиан II (толстой кишки)

Относится к системе меридианов ян руки. Центробежный, парный. Насчитывает 20 точек акупунктуры (рис. 45). Ход меридиана начинается на дистальной фаланге II пальца, следует вдоль его лучевого края, между I и II пястными костями и между сухожилиями короткого и длинного разгибателей I пальца (GI (II) 1—GI (II) 5). По тыльно-лучевой стороне предплечья (GI(II)6—GI(II)10) достигает наружного края кожной складки локтевого сгиба (GI(II)11). Следует по латеральной поверхности плеча (GI(II)12—GI(II)14). В области плечевого сустава проходит между акромионом и большим бугорком плечевой кости (GI(II)15), через угол, образованный акромиальным концом ключицы и остью лопатки (GI (II) 16). Затем смещается на боковую поверхность шеи (GI(II)17—GI(II)18), пересекает нижнюю челюсть кпереди от ее угла и заканчивается в верхней части носогубной борозды (GI(II)20).

Время максимальной активности меридиана с 5 до 7 ч.

Стандартные пункты: точка входа — GI(II)4 (хэ-гу); тонизирующая точка — GI(II)11 (цюй-чи); седативная точка — GI(II)2 (эр-цзянь), GI(II)3 (сань-цзянь); точка-пособник — GI(II)4 (хэ-гу); стабилизирующая точка — GI(II)6 (пянь-ли); сочувственная точка — V(VII)25 (да-чаншу); точка-глашатай — E(III)25 (тянь-шу); точка выхода — GI(II)20 (ин-сян).

GI(II)1 (шан-ян)

Топография: на дистальной фаланге II пальца кисти, примерно на 3 мм в лучевую сторону от корня ногтя; здесь проходят анастомозы собственной ладонной пальцевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв из системы срединного нерва (рис. 46).

Техника: такая же, как при воздействии на точку P(I)11 (шао-шан) (см. рис. 42); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания полости рта, глотки, органов дыхания, зубная боль, шум в ушах, снижение слуха, неотложная помощь.

GI(II)2 (эр-цзянь)

Топография: на лучевом крае указательного пальца, во впадине, прощупываемой дистальнее пястно-фалангового сустава (рис. 47); здесь проходят ветви тыльной пальцевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, поверхностная ветвь лучевого нерва (см. рис. 46).



Рис. 45. Точки акупунктуры меридиана II (толстой кишки).

При определении кисть расположена лучевым краем кверху, пальцы согнуты.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: метеоризм, заболевания полости рта, глотки и гортани, зубная боль, носовое кровотечение, боль в области верхней конечности.

GI(II)3 (сань-цзянь)

Топография: во впадине, прощупываемой проксимальнее головки II пястной кости, на лучевом ее крае (см. рис. 47); проецируется на тыльную межкостную мышцу и мышцу, приводящую большой палец; здесь проходят тыльная пястная артерия (ветвь лучевой артерии), тыльная венозная сеть кисти, поверхностная ветвь лучевого нерва (см. рис. 46).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: диарея, метеоризм, тонзиллит, зубная боль, блефарит, невралгия тройничного нерва, боль в области лопатки, спины, плеча.

GI(II)4 (хэ-гу)

Топография: в промежутке между I и II пястными костями, ближе к лучевому краю середины II пястной кости; проецируется на первую тыльную межкостную мышцу, иннервируемую локтевым нервом; здесь

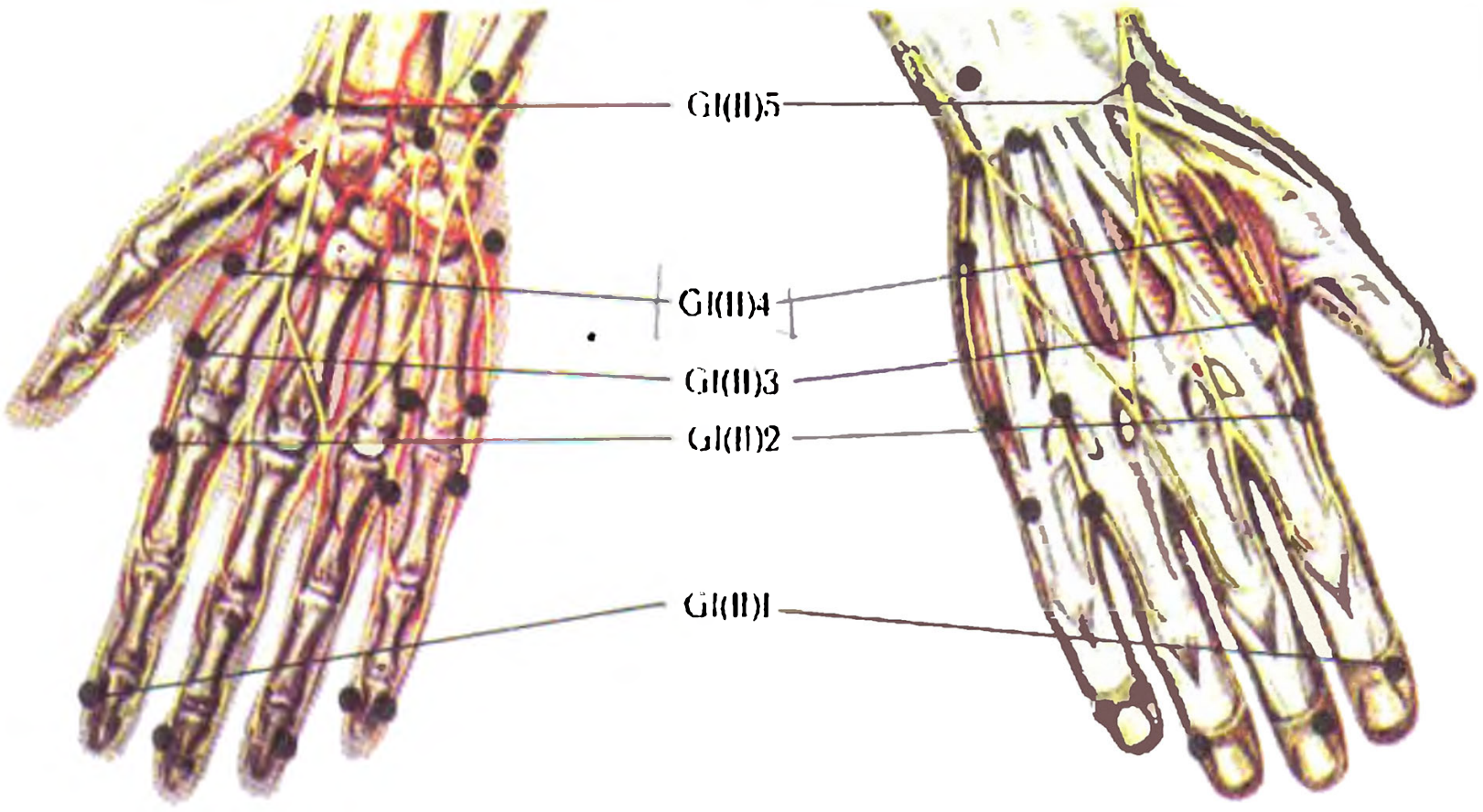


Рис. 46. Проекции точек акупунктуры GI(II)1—GI (II)5 в области кисти.

разделяется поверхностная ветвь лучевого нерва, проходят тыльная пястная артерия — ветвь лучевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, более глубоко — ладонная ветвь срединного нерва (см. рис. 46).
При определении большой палец сильно прижат к указательному; точка располагается на верхушке мышечного возвышения. При отведении большого пальца точка локализуется на середине расстояния от угла, образованного соединением I и II пястных костей, до края межпальцевой кожной складки, ближе к II пястной кости (рис. 48).
Техника: укол прямой (в некоторых случаях наклонный, в проксимальном направлении), глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: очень важная точка с широким спектром действия, применяется при заболеваниях нервной системы, внутренних органов, глаз, уха, носа и околоносовых пазух, гинекологических заболеваниях и др.; эффективна при болевых синдромах верхней половины тела.

GI(II)5 (ян-си)

Топография: на лучевом крае запястья, между сухожилиями короткого и длинного разгибателей большого пальца (в центре анатомической табакерки); проецируется на лучевой край лучезапястного сустава; здесь проходят лучевая артерия, латеральная подкожная вена руки, ветви лучевой артерии и поверхностная ветвь лучевого нерва (см. рис. 46, 49).
При определении рука согнута в локтевом суставе, кисть повернута лучевым краем кверху, пальцы выпрямлены, большой палец максимально разогнут.
Техника: укол прямой, на глубину до 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: диспепсия, тонзиллит, головная, зубная боль, шум в ушах, снижение слуха, заболевания лучезапястного сустава.

GI(II)6 (пянь-ли)

Топография: на тыльной поверхности лучевой кости, на 3 цуня выше точки GI(II)5 (ян-си) (расстояние от точки GI(II)5 (ян-си) до точки GI(II)11 (цюйчи) разделено на 12 пропорциональных отрезков). Если скрестить ладони, как показано на рис. 50, точка окажется под кончиком среднего пальца. Проецируется в промежутке между сухожилиями длинной отводящей мышцы большого пальца и короткого разгибателя большого пальца; здесь расположены ветви задней межкостной артерии, латеральной подкожной вены руки, лучевой вены, поверхностная ветвь лучевого нерва и латеральный кожный нерв предплечья (ветвь мышечно-кожного нерва) (см. рис. 49).
При определении рука согнута в локтевом суставе, предплечье обращено лучевой стороной кверху.
Техника: укол наклонный, глубина вве-

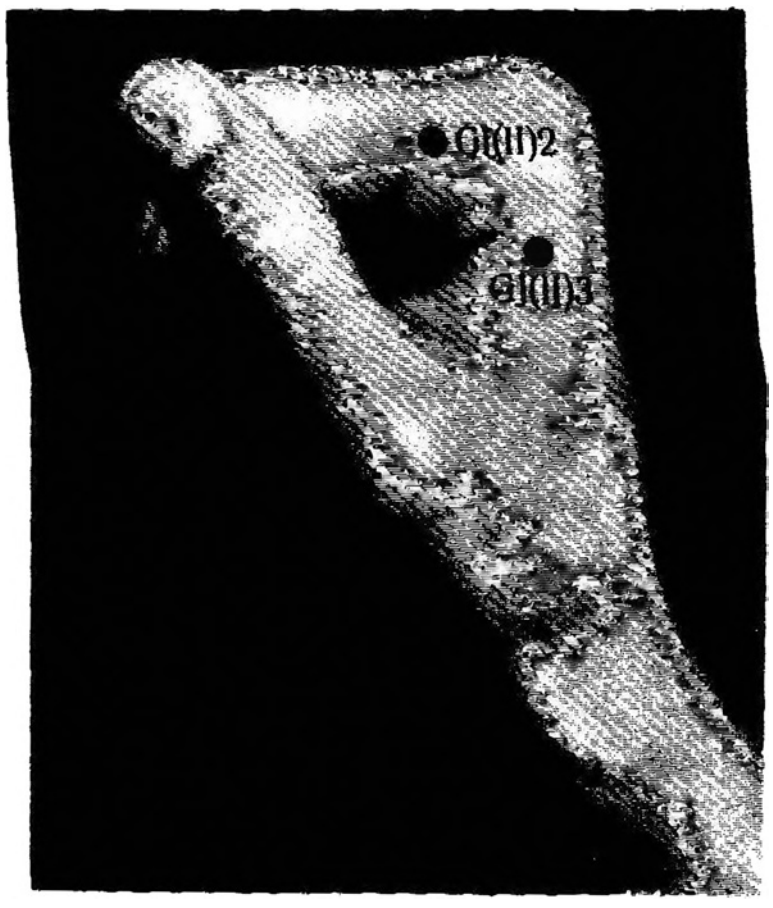


Рис. 47. Локализация точек GI(II)2 (эр-цзянь) и GI(II)3 (сань-цзянь).

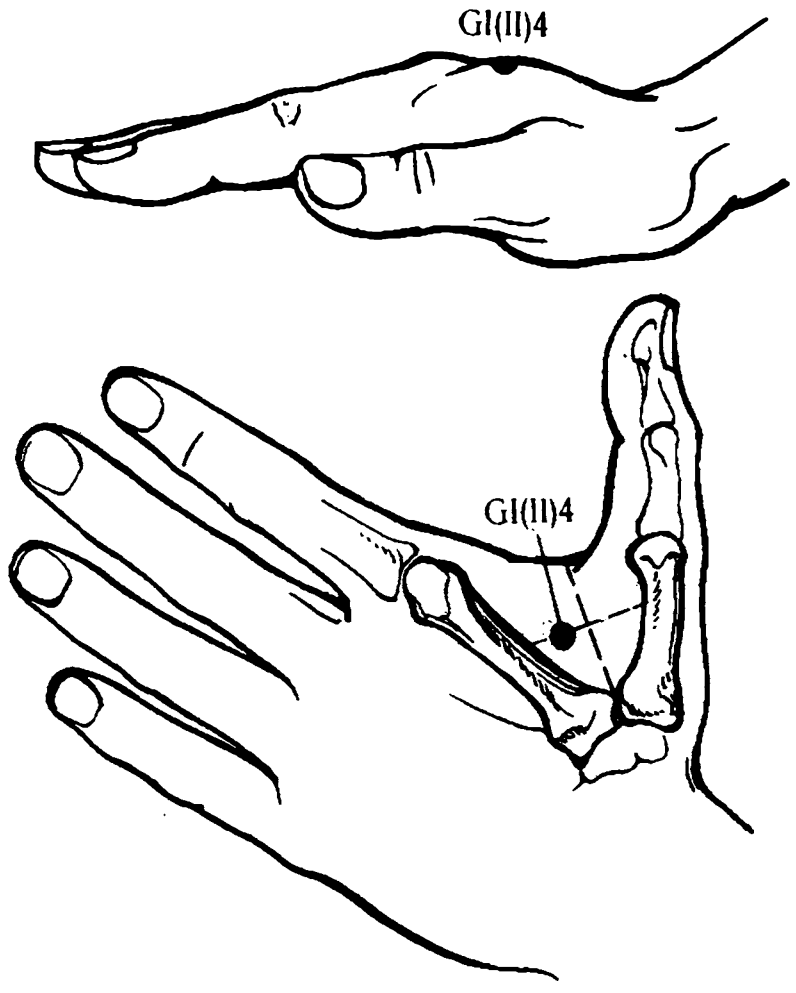


Рис. 48. Локализация точки GI(II)4 (хэ-гу).

дения иглы около 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания глотки и гортани, зубная боль, носовое кровотечение, шум в ушах, снижение слуха, чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей, запор.

GI(II)7 (вэнь-лю)

Топография: над тыльной поверхностью лучевой кости, на 5 цуней выше точки GI(II)5 (ян-си), на линии, соединяющей точки GI(II)5 (ян-си) и GI(II)11 (цюй-чи); проецируется ниже брюшка короткого лучевого разгибателя запястья, иннервируемого лучевым нервом; здесь проходят ветви лучевой артерии и вены, латеральной подкожной вены, задний и латеральный кожные нервы предплечья (см. рис. 49).
При определении рука согнута в локтевом суставе, предплечье обращено лучевой стороной кверху.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, полости рта, зубная боль, боль в области предплечья.

GI(II)8 (ся-лянь)

Топография: на линии, соединяющей точки GI(II)5 (ян-си) и GI(II)11 (цюй-чи), на 4 цуня ниже GI(II)11 (цюй-чи); проецируется на лучевой край лучевой кости и короткий лучевой разгибатель запястья, иннервируемый лучевым нервом; здесь проходят ветви лучевой артерии и вены, латеральной подкожной вены руки, задний и латеральный кожные нервы предплечья (см. рис. 49).
Определяется так же, как точка GI(II)7 (вэнь-лю).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, органов дыхания, нарушение мочеиспускания, боль в области локтя и предплечья.

GI(II)9 (шан-лянь)

Топография: на 3 цуня ниже точки GI(II)11 (цюй-чи), на линии, соединяющей точки GI(II)5 (ян-си) и GI(II)11 (цюй-чи); проекция та же, что и точки GI(II)8 (ся-лянь) (см. рис. 49).
Определяется так же, как точка GI(II)7 (вэнь-лю).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, органов дыхания, нарушения мозгового кровообращения, головная боль, чувствительные и двигательные нарушения в области конечностей.

GI(II)10 (шоу-сань-ли)

Топография: на 2 цуня ниже точки GI(II)11 (цюй-чи), на линии, соединяющей

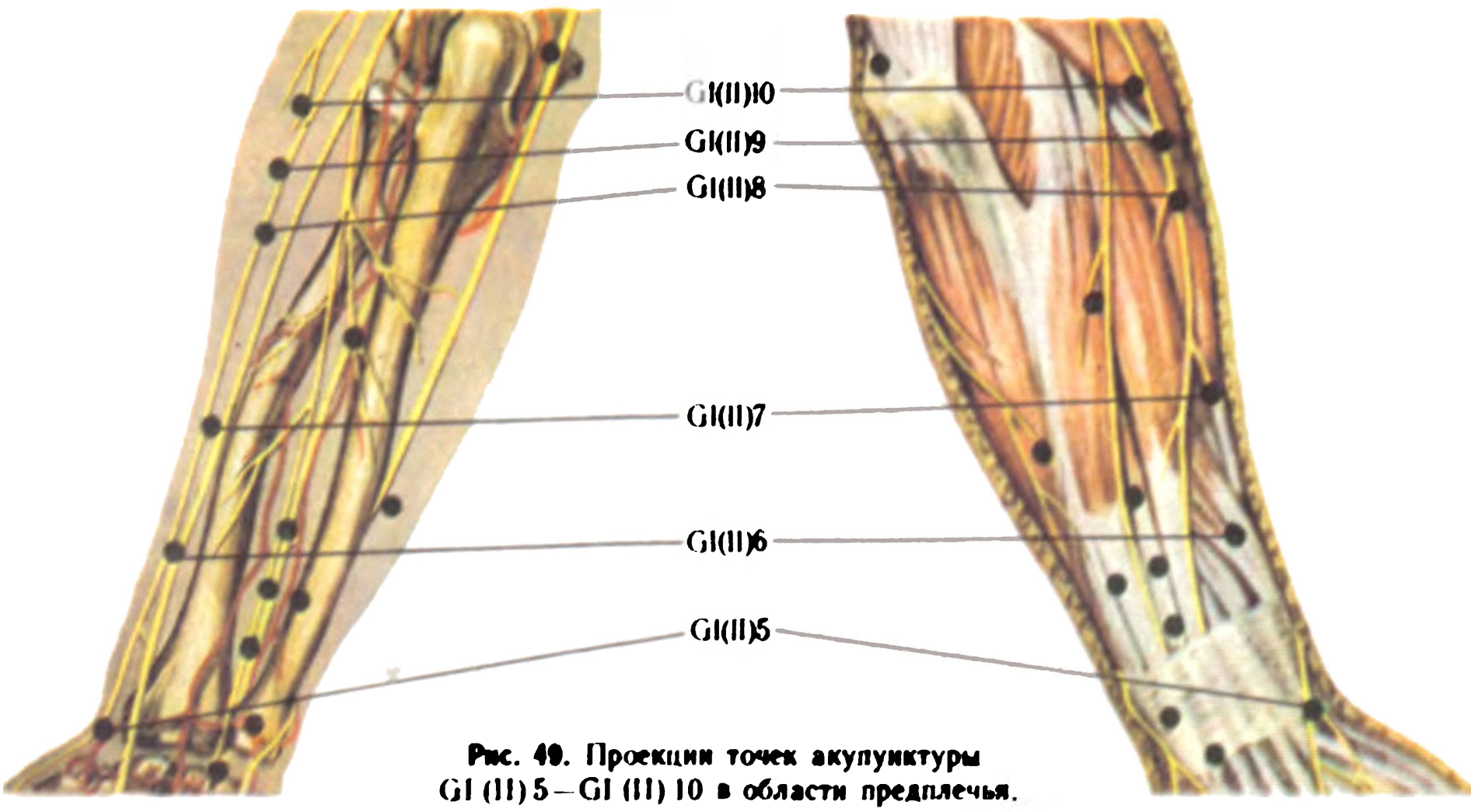


Рис. 49. Проекции точек акупунктуры GI (II) 5—GI (II) 10 в области предплечья.

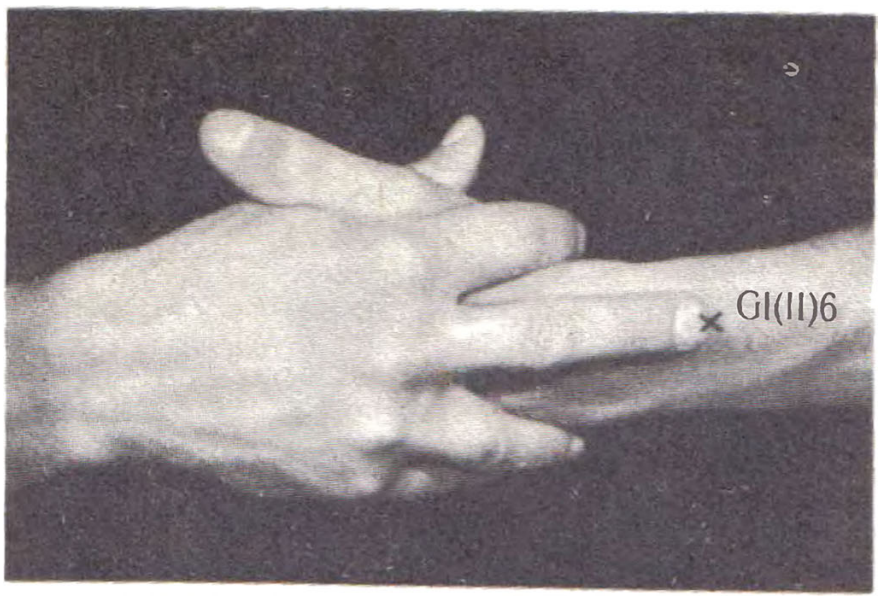


Рис. 50. Прием быстрого определения точки GI(II)6 (пянь-ли).

точки GI(II)5 (ян-си) и GI(II)11 (цюй-чи); проецируется на лучевой край лучевой кости, длинный лучевой разгибатель запястья, иннервируемый лучевым нервом; здесь проходят ветви лучевой возвратной артерии, лучевой вены, латеральной подкожной вены руки, задний и латеральный кожные нервы предплечья (см. рис. 49, 51, 52).

При определении рука согнута в локтевом суставе, предплечье обращено лучевой стороной кверху.

Техника: укол прямой, направление от лучевой стороны предплечья в локтевую, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания кишок, стоматит, головная, зубная боль, нарушения мозгового кровообращения, поражение лучевого нерва и др.

GI(II)11 (цюй-чи)

Топография: в углу, образующемся при сгибании руки в локтевом суставе, на середине расстояния между наружным надмыщелком плечевой кости и лучевым краем кожной складки локтевого сгиба, во впадине, которую можно прощупать пальцем, соскользнув с латерального надмыщелка в локтевую сторону; проецируется на начало длинного лучевого разгибателя запястья и наружный край плечелучевой мышцы, иннервируемых лучевым нервом; здесь проходят лучевая возвратная артерия, латеральная подкожная вена руки, лучевая вена, задний и латеральный кожные нервы предплечья, более глубоко — ствол лучевого нерва (рис. 52).

При определении рука согнута в локтевом суставе и обращена лучевой стороной предплечья кверху.

Техника: укол прямой, на глубину 15—25 мм, при слегка согнутой руке; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания кишок, органов дыхания, кожи, нарушения мозгового кровообращения, артериальная гипертензия, неврастения, аллергические состояния и др. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

GI(II)12 (чжоу-ляо)

Топография: на 1 цунь выше точки GI(II)11 (цюй-чи), у наружного края плечевой кости; проецируется на начало плече-

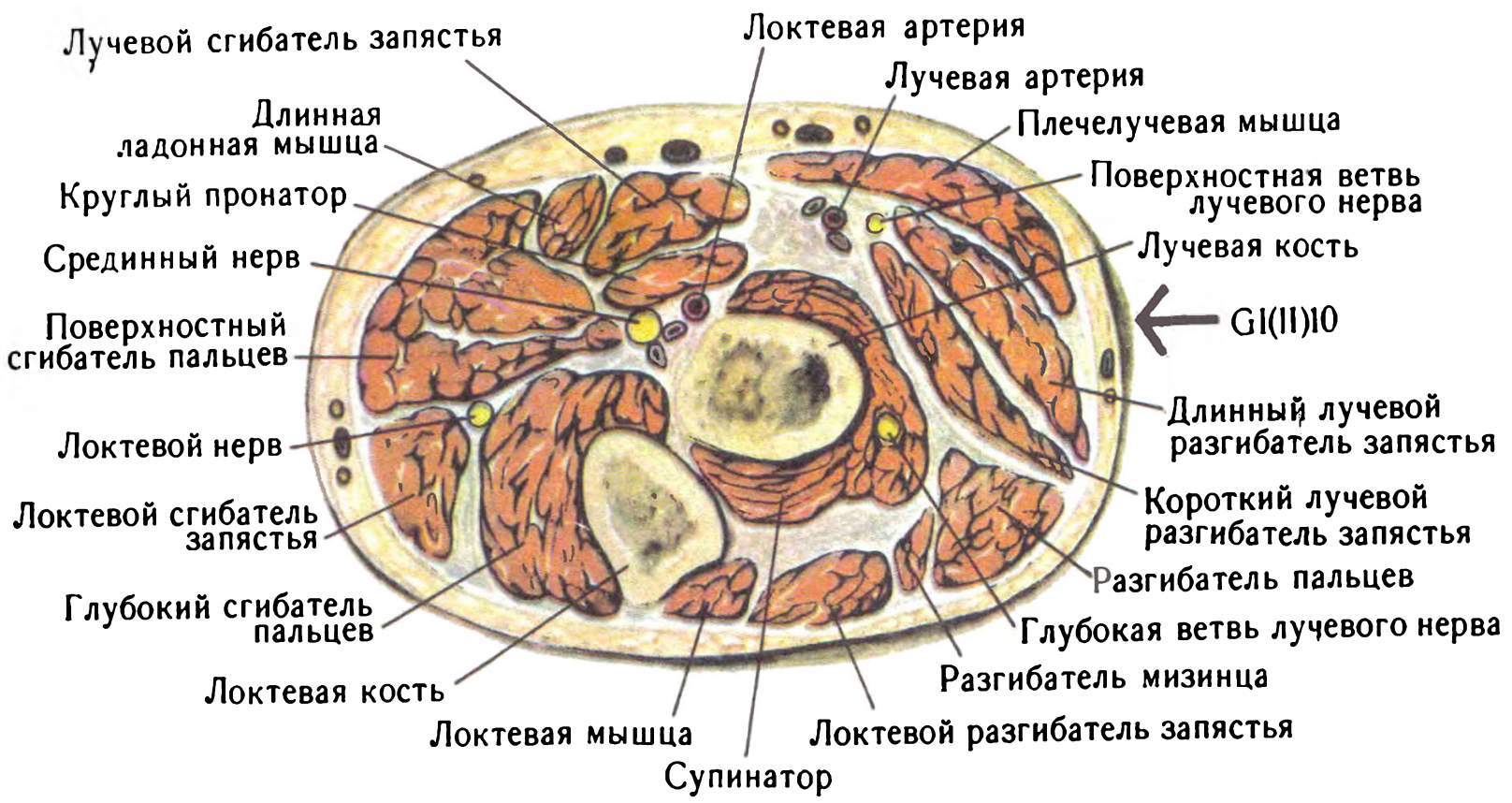


Рис. 51. Поперечный срез правого предплечья на уровне точки GI(II)10 (шоу-сань-ли).

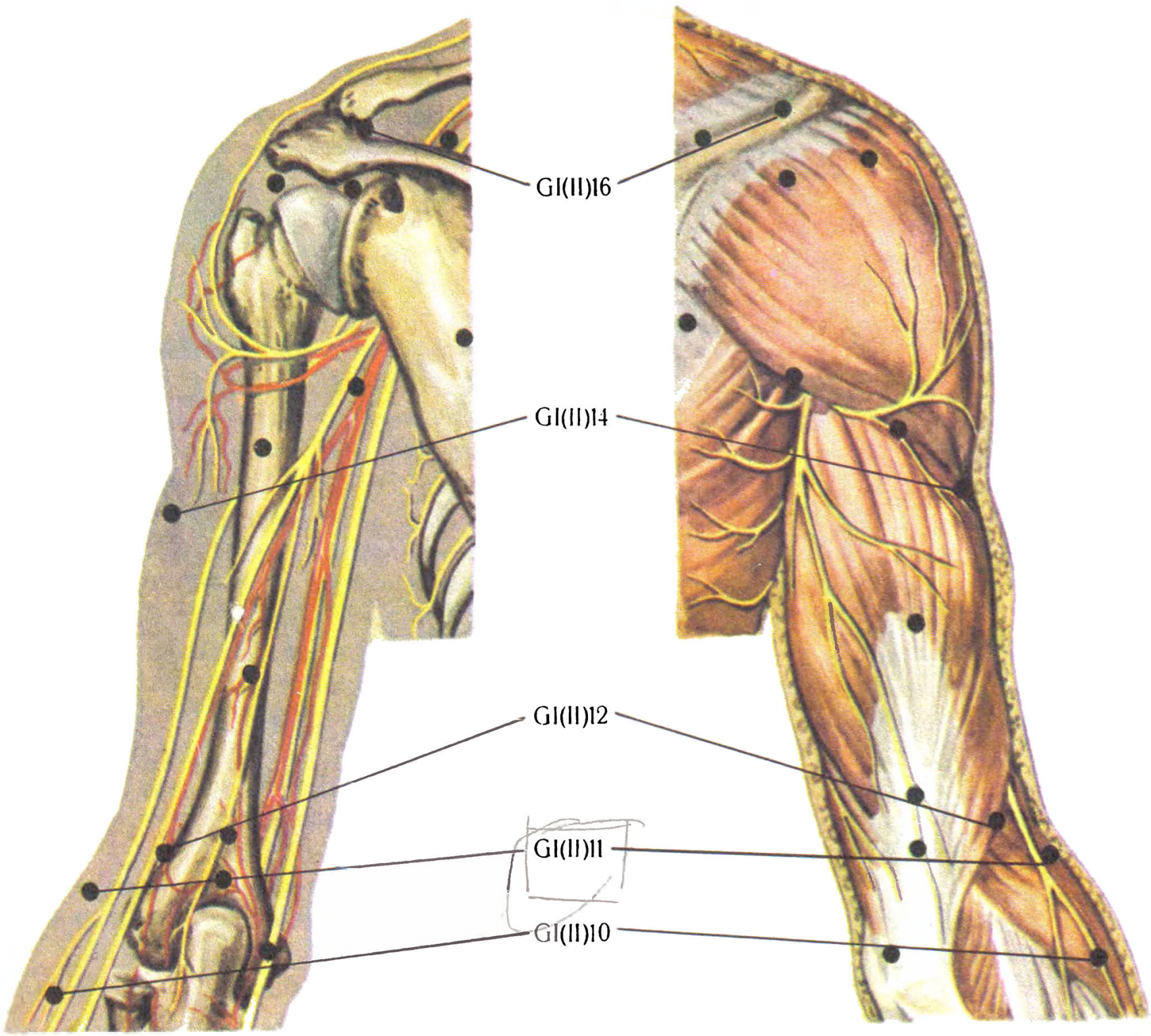


Рис. 52. Проекции точек акупунктуры GI(II)10—GI(II)12, GI(II)14, GI(II)16 в области плеча и лопатки.

лучевой мышцы, иннервируемой лучевым нервом; здесь проходит лучевая коллатеральная артерия (ветвь плечевой артерии), лучевая возвратная артерия (ветвь лучевой артерии), латеральная подкожная вена руки, плечевая вена, задний кожный нерв плеча (см. рис. 52).

Определяется так же, как точка GI(II)11 (цюй-чи).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей, заболевания плечевого и локтевого суставов.

GI(II)13 (шоу-у-ли)

Топография: на 3 цуня выше точки GI(II)11 (цюй-чи), у наружного края двуглавой мышцы плеча; проецируется на плечевую мышцу, иннервируемую мышечно-кожным нервом; здесь проходят латеральная подкожная вена руки, ветви плечевой артерии и вены, нижний латеральный и задний кожные нервы плеча (см. рис. 38).

Определяется так же, как точка GI(II)11 (цюй-чи).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов дыхания, чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей, сонливость, фобия.

GI(II)14 (би-нао)

Топография: у места прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости, на линии, соединяющей точки GI(II)11 (цюй-чи) и GI(II)15 (цзянь-юй), на 7 цуней выше точки GI(II)11 (цюй-чи) (см. рис. 45); проецируется на дельтовидную мышцу, иннервируемую подмышечным нер-

вом; здесь проходят ветви плечевой артерии и вены, верхнего латерального кожного нерва плеча (ветви подмышечного нерва) (см. рис. 52).
При определении рука согнута в локтевом суставе, прижата к туловищу.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы около 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области плеча, головная боль, напряжение шейных и подзатылочных мышц, кривошея.

GI(II)15 (цзянь-юй)

Топография: между акромионом и большим бугорком плечевой кости, во впадине, образующейся при поднятии руки; проецируется на дельтовидную мышцу, иннервируемую подмышечным нервом; здесь расположены артериальная сеть грудоакромиальной артерии, надлопаточная и задняя артерия, огибающая плечевую кость, плечевая вена, дорсальная лопаточная вена, ветви верхнего латерального кожного нерва плеча и латерального надключичного нерва, относящегося к шейному сплетению (см. рис. 38).
При определении рука отведена до горизонтального уровня.
Техника: рука отведена в сторону, укол прямой, по направлению к подмышечной ямке, глубина введения иглы в среднем 20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: нарушения мозгового кровообращения, артериальная гипертензия, аллергическая сыпь, напряжение мышц шейно-затылочной и плечелопаточной области, боль в области плечевого сустава и плеча.

GI(II)16 (цзюй-гу)

Топография: во впадине между акромиальным концом ключицы и остью лопатки (рис. 53); проецируется на трапециевидную мышцу, иннервируемую добавочным нервом, надостную мышцу, иннервируемую надлопаточным нервом; здесь проходят ветви надлопаточной артерии, дорсальной лопаточной вены, верхнего латерального кожного нерва плеча и надключичных нервов (см. рис. 52).
Определяется в положении сидя, руки опущены.
Техника: укол прямой, глубина введения

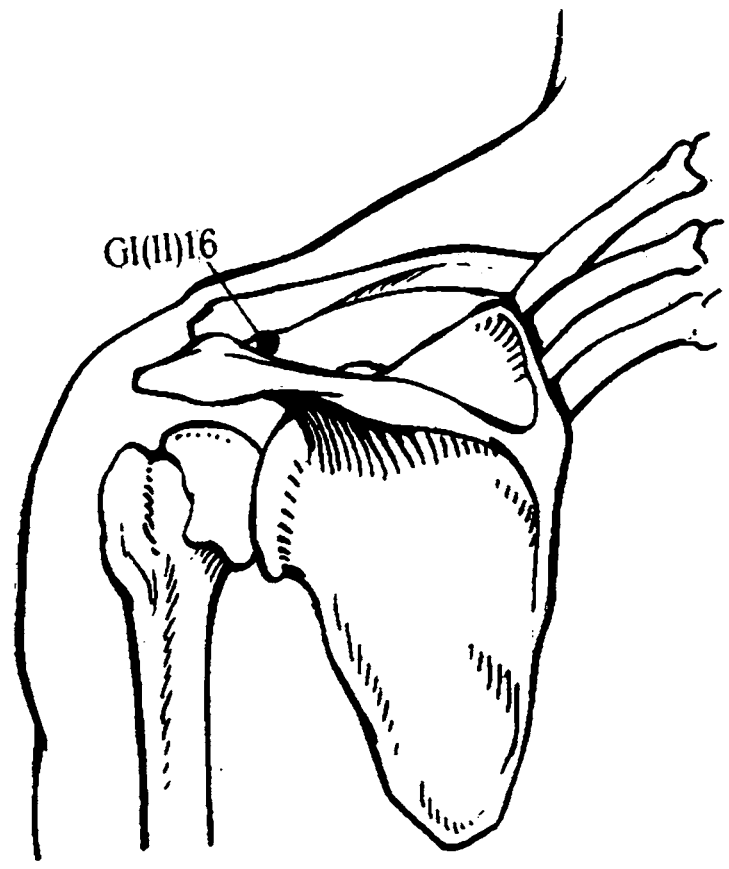


Рис. 53. Локализация точки GI(II)16 (цзюй-гу).

иглы 10 мм (более глубокий укол может вызвать диспноэ); продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: зубная боль, поражение плечевого сплетения, боль в плечелопаточной области, судороги у детей.

GI(II)17 (тянь-дин)

Топография: у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на середине расстояния между точкой E(III)18 (фу-ту) и грудинным концом ключицы; проецируется на подкожную мышцу шеи, иннервируемую лицевым нервом; здесь проходят поверхностная шейная артерия — ветвь щитошейного ствола, наружная яремная вена и ее ветви — поперечные вены шеи, поперечный нерв шеи, надключичные нервы, в глубине — диафрагмальный нерв, относящийся к шейному сплетению (см. рис. 54, 58).
Определяется в положении сидя, голова слегка запрокинута.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы не более 10 мм; положение пациента лежа на спине, голова повернута на бок (рис. 55), продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания глотки и гортани, поражение мышц подъязычной области, дисфагия, боль в области шеи.

GI(II)18 (фу-ту)

Топография: в центре грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне точки E(III)9 (жэнь-ин), на 3 цуня кнаружи от

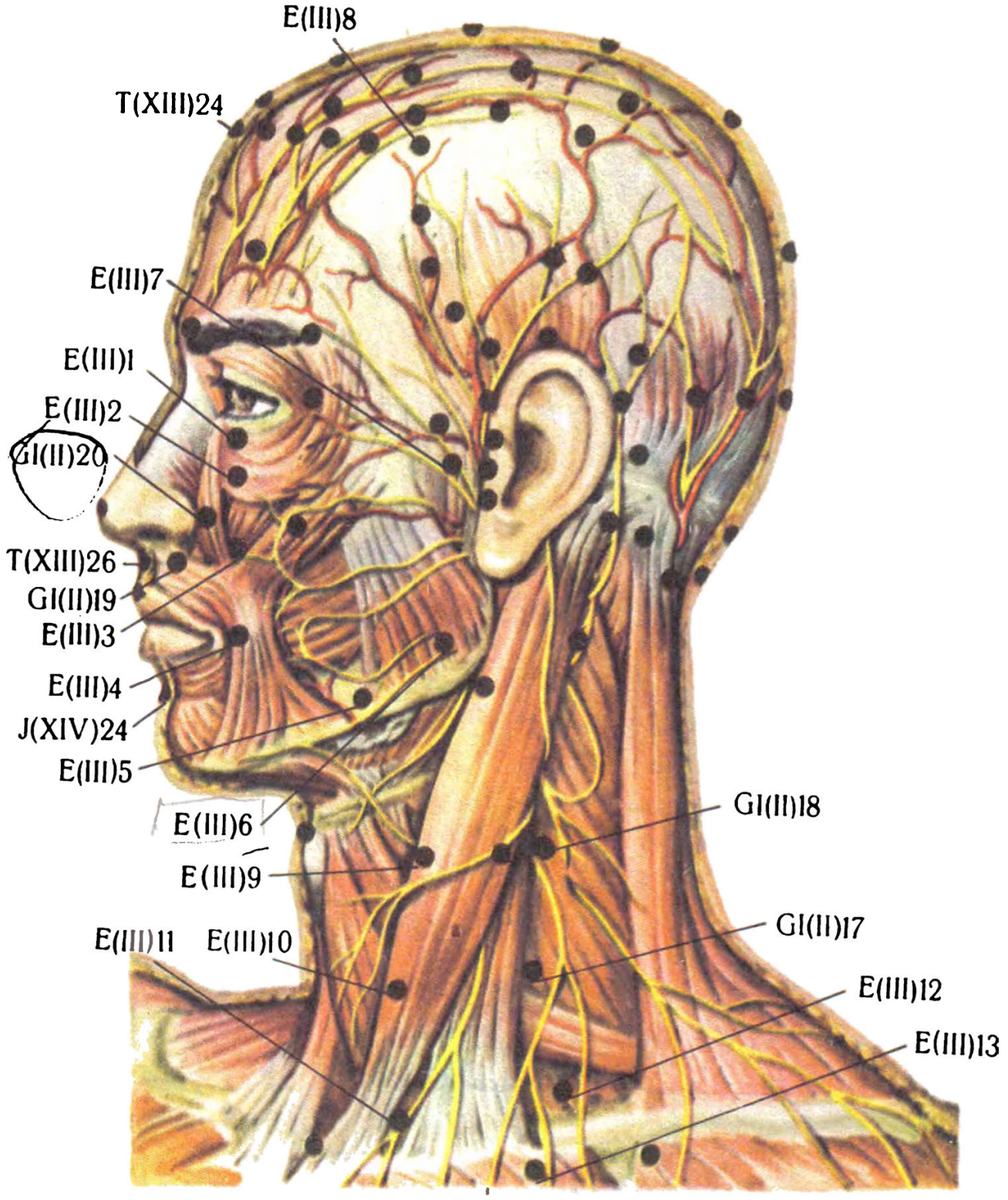


Рис. 54. Проекции точек акупунктуры GI(II)17—GI(II)20, E(III)1—E(III)13, T(XIII)24, T(XIII)26, J(XIV)24 в области головы и шеи.

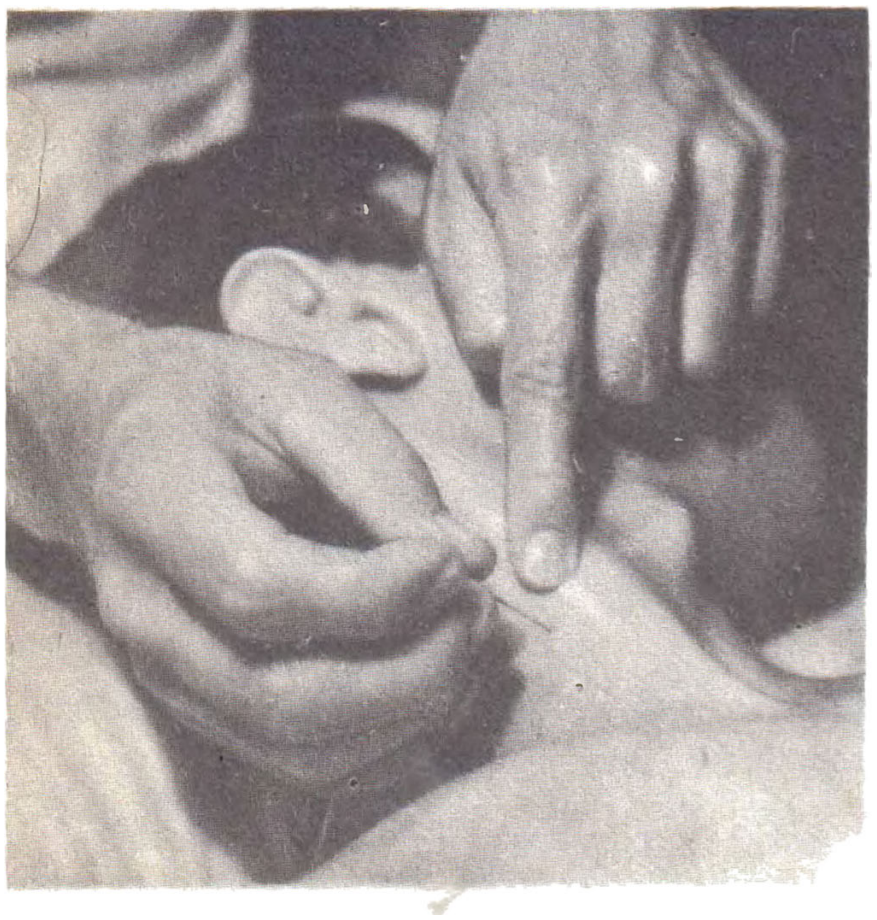


Рис. 55. Введение акупунктурной иглы в точку GI(II)17 (тянь-дин).

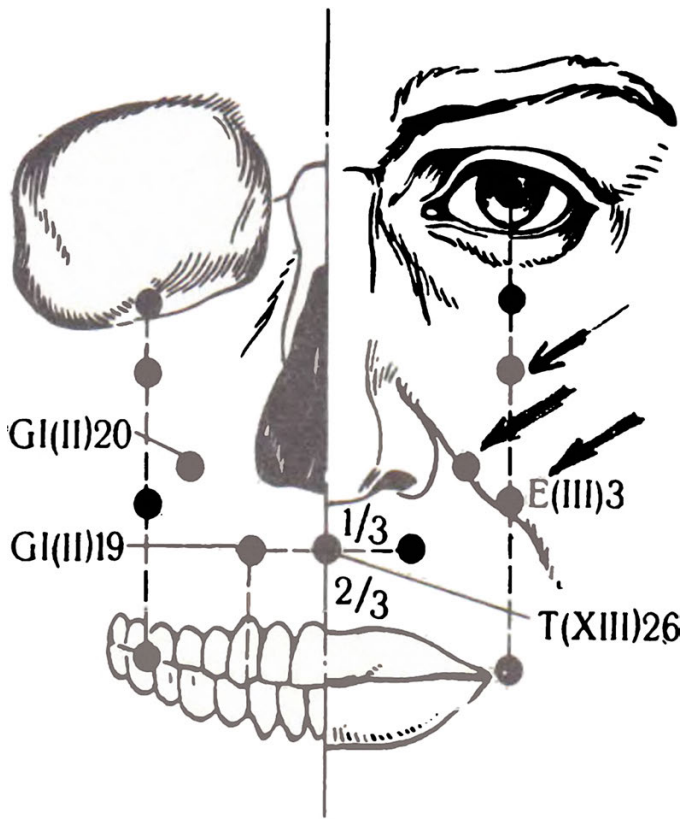


Рис. 56. Локализация точек GI(II)19 (хэ-ляо), GI(II)20 (ин-сян).

выступа гортани; проецируется между грудинной и ключичной головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, иннервируемой добавочным нервом; здесь проходят восходящая шейная артерия, поперечные вены шеи, поперечный нерв шеи (шейное сплетение), под мышцей проходят внутренняя яремная вена и блуждающий нерв (см. рис. 54, 58).

Техника: укол прямой (соблюдать осторожность!), глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: одышка, кашель, поражение мышц подъязычной области, нарушение слюноотделения, дисфагия, артериальная гипотензия.

GI(II)19 (хэ-ляо)

Топография: кнаружи от точки T(XIII)26 (жэнь-чжун), на горизонтальной линии через верхнюю треть верхней губы, соответствует клыковой (собачьей) ямке верхней челюсти (рис. 56); здесь проходят верхняя губная артерия (ветвь лицевой артерии), верхняя губная вена, верхние губные ветви подглазничного нерва (от второй ветви тройничного нерва), щечная ветвь лицевого нерва (см. рис. 54, 58).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы около 10 мм; термопунктура противопоказана.

Показания: заболевания носа и околоносовых пазух, боль в области лица, поражение лицевого нерва, тик и контрактура жевательных мышц, паротит.

GI(II)20 (ин-сян)

Топография: в носогубной складке, на 0,5 цуня кнаружи от центра крыла носа; проецируется на верхнюю челюсть; здесь находятся ветви лицевой артерии, лицевой вены, подглазничного нерва, щечная ветвь лицевого нерва (см. рис. 54, 56, 58).

Техника: укол наклонный, в медиальном направлении, глубина введения иглы 5—10 мм; термопунктура противопоказана.

Показания: заболевания носа и околоносовых пазух, поражение мышц лица, заболевания кожи в области лица. Одна из основных точек акупунктурной терапии при заболеваниях носа.

Меридиан III (желудка)

Относится к системе меридианов ян ноги. Центробежный, парный. Насчитывает 45 точек акупунктуры (рис. 57, *а, б*), первые из которых располагаются в области головы (E(III)1—E(III)8) и шеи (E(III)9—E(III)11).

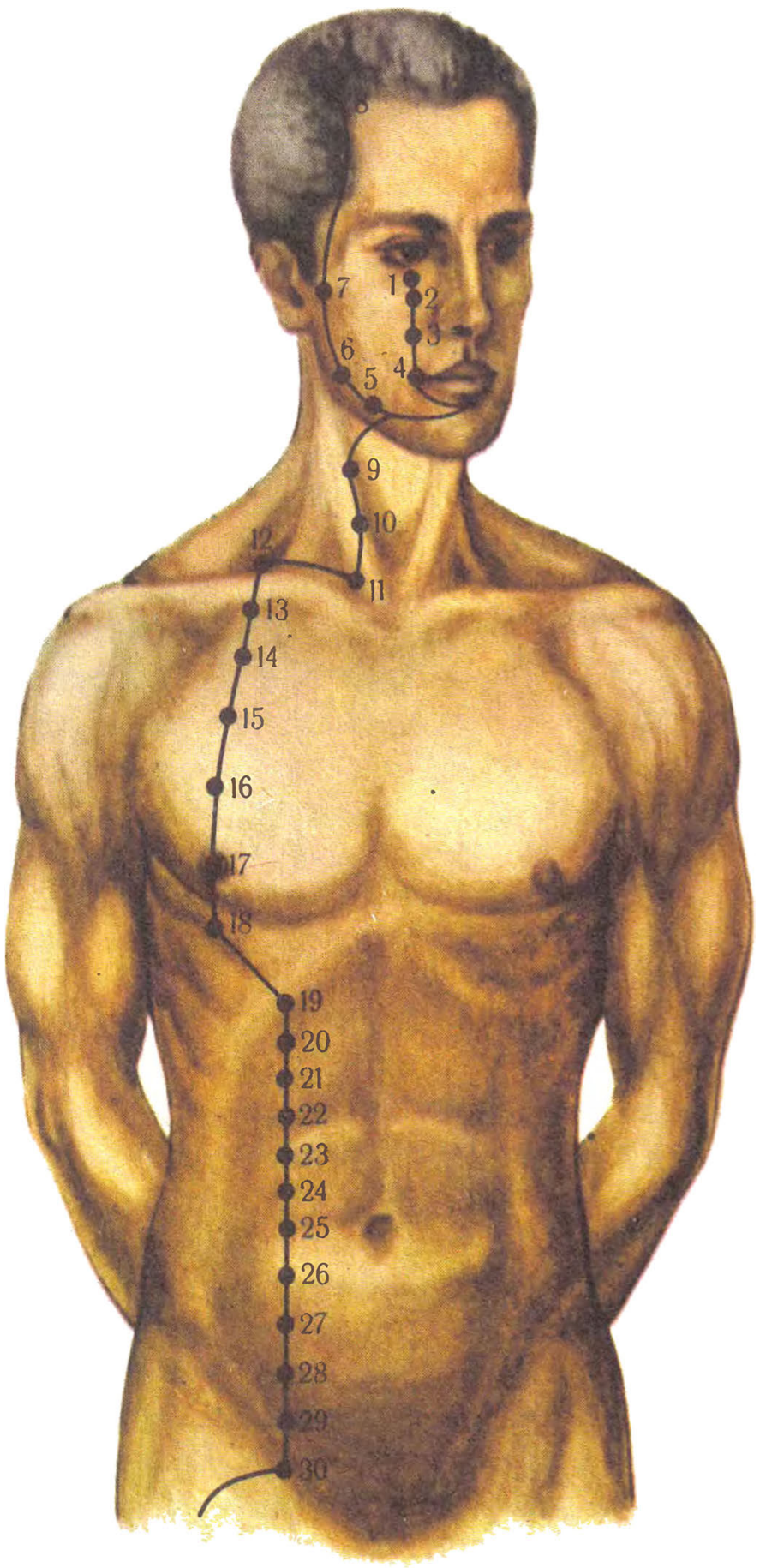
Меридиан начинается от середины нижнего края глазницы (E(III)1), направляется вниз, к углу рта, затем кзади, вдоль нижней челюсти. Приблизительно на расстоянии 2/3 от подбородка до угла нижней челюсти делится на две ветви: одна поднимается вверх кпереди от ушной раковины, достигая венечного шва (E(III)8), другая опускается вниз вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, смещаясь к центру надключичной ямки (E(III)12). В области грудной клетки (E(III)13—E(III)18) ход меридиана соответствует второй боковой линии груди (4 цуня кнаружи от передней срединной линии), на передней брюшной стенке (E(III)19—E(III)30) — второй боковой линии живота (на 2 цуня кнаружи от срединной линии). Далее опускается по передней поверхности бедра и голени (E(III)31—E(III)40), в области голеностопного сустава проходит между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев стопы (E(III)41), на тыле стопы (E(III)42—E(III)44) соответствует второму межпальцевому промежутку, заканчиваясь на дистальной фаланге II пальца (E(III)45).

Время максимальной активности меридиана с 7 до 9 ч.

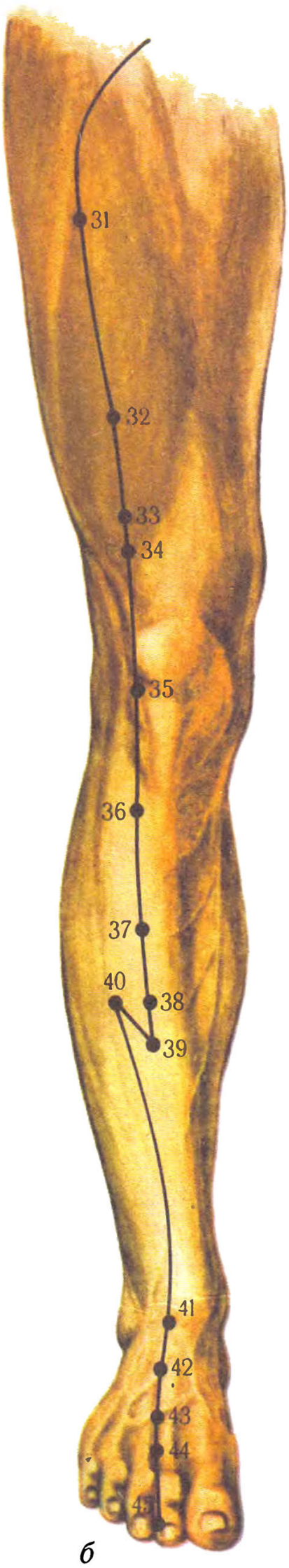
Стандартные пункты: точка входа — E(III)1 (чэн-ци); тонизирующая точка — E(III)41 (цзе-си); седативная точка — E(III)45 (ли-дуй); точка-пособник — E(III)42 (чун-ян); стабилизирующая точка — E(III)40 (фэн-лун); сочувственная точка — V(VII)21 (вэй-шу); точка-глашатай — J(XIV)12 (чжун-вань); точка выхода — E(III)42 (чун-ян).

E(III)1 (чэн-ци)

Топография: в области нижнего века, между глазным яблоком и серединой нижнего края глазницы; проецируется на круговую мышцу глаза, иннервируемую лицевым нервом, нижнюю прямую мышцу глаза; здесь проходят подглазничная артерия, отходящая от верхнечелюстной артерии,



а



б

Рис. 57. Точки акупунктуры меридиана III (желудка) (*а, б*).

ветви глазной артерии, нижняя глазная вена, подглазничный нерв, отходящий от верхнечелюстного нерва, ветви глазодвигательного нерва (см. рис. 54, 58).

Определяется при прямом взгляде на вертикальной линии, опущенной от зрачка к нижнему краю глазницы.

Техника: зафиксировав глаз путем легкого надавливания кончиком пальца в области нижнего века, производят прямой укол вдоль нижнего края глазницы под глазное яблоко на глубину 2—5 мм (более глубокий укол не допускается!); термопунктура противопоказана.

Показания: заболевания глаз, головная боль, мышечные спазмы в области глаз и рта.

E(III)2 (сы-бай)

Топография: под точкой E(III)1 (чэнци), в углублении подглазничного отверстия; проецируется на большую скуловую мышцу, иннервируемую лицевым нервом; здесь проходят ветви подглазничной артерии, лицевой вены, подглазничный нерв (ветвь верхнечелюстного нерва) (см. рис. 54, 58).

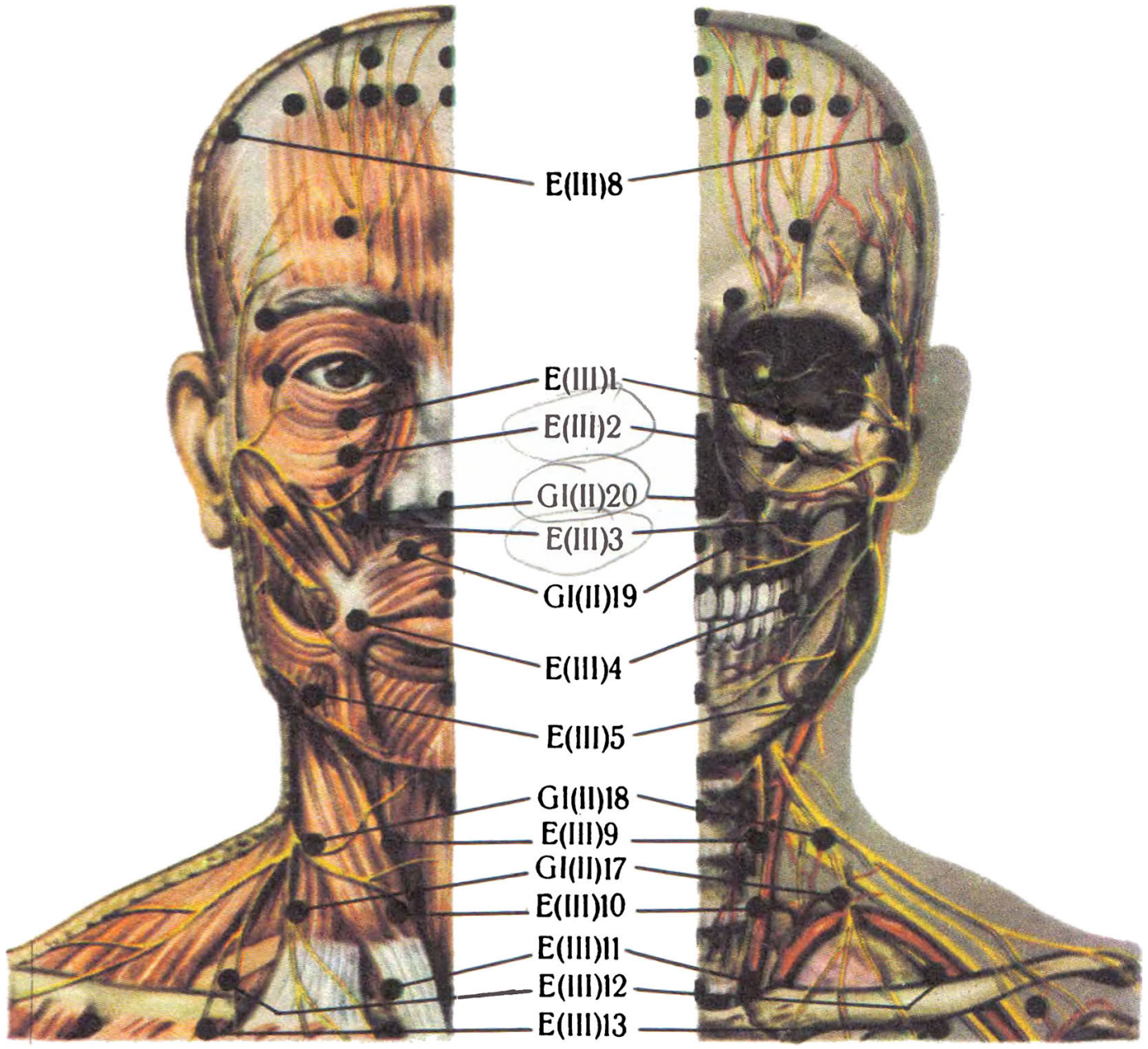


Рис. 58. Проекции точек акупунктуры GI(II)17—GI(II)20, E(III)1—E(III)5, E(III)8—E(III)13 в области головы и шеи.

Техника: укол прямой или несколько наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм; термопунктура противопоказана.
Показания: боль в области лица, поражение мышц лица, заболевания глаз, носа и околоносовых пазух, нарушение речи.

E(III)3 (цзюй-ляо)

Топография: ниже точки E(III)2 (сыбай), на пересечении вертикали, опущенной от зрачка, с горизонтальной линией, проведенной на уровне нижнего края крыла носа, несколько кнаружи от носогубной складки; проецируется на мышцу, поднимающую верхнюю губу; здесь проходят ветви лицевой артерии, лицевой вены, подглазничного нерва, щечная ветвь лицевого нерва (см. рис. 54, 58).
Техника: укол наклонный по направлению кверху, глубина введения иглы около 10 мм (рис. 59); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие 3—5 мин).
Показания: поражение мышц лица, зубная боль, невралгия тройничного нерва, заболевания глаз, гайморит.

E(III)4 (ди-цан)

Топография: на пересечении вертикальной линии, проходящей через зрачок, с горизонтальной линией, проведенной на уровне угла рта, примерно на 1 см кнаружи от него; проецируется на круговую мышцу рта, щечную мышцу; здесь проходят ветви лицевой артерии и вены, щечной артерии и вены, подглазничного нерва, щечного нерва, относящегося к системе тройничного нерва, щечная ветвь лицевого нерва (см. рис. 54, 58).
Техника: укол почти горизонтальный по направлению к точке E(III)6 (цзя-чэ), глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие 3—5 мин).
Показания: поражение мышц лица, зубная боль, невралгия тройничного нерва, заболевания глаз, расстройства речи.

E(III)5 (да-ин)

Топография: кпереди от угла нижней челюсти, у переднего края жевательной мышцы, где пальпируется пульсация артерии; на границе задней трети расстояния от угла



Рис. 59. Введение акупунктурной иглы в точку E(III)3 (цзюй-ляо).

нижней челюсти до точки J(XIV)24 (чэнцзян) (центр подбородочно-губной борозды), на уровне третьего большого коренного зуба нижней челюсти; проецируется на передний край жевательной мышцы, иннервируемой нижнечелюстным нервом, кнаружи от лицевой артерии; здесь проходят лицевая вена, краевая ветвь нижней челюсти, отходящая от лицевого нерва, ветви большого ушного нерва, относящиеся к шейному сплетению (см. рис. 54, 58).

Техника: укол наклонный, вдоль нижней челюсти по направлению кзади, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: зубная боль, невралгия тройничного нерва, поражение лицевого нерва, контрактура жевательных мышц, расстройства речи, отек лица, паротит.

E(III)6 (цзя-чэ)

Топография: в углублении, находящемся кпереди и кверху от угла нижней челюсти, на уровне горизонтали, проведенной через угол рта; проецируется в области околоушной железы, у места прикрепления жевательной мышцы, иннервируемой тройничным нервом; здесь проходят ветви жевательной артерии, отходящей от верхнечелюстной артерии, ветви лицевой вены, лицевого нерва, большого ушного нерва (относящиеся к шейному сплетению) (см. рис. 54).

При определении рот открыт.

Техника: укол прямой или несколько наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: поражение мышц лица, невралгия тройничного нерва, зубная боль, заболевания полости рта, контрактура жевательных мышц.

E(III)7 (ся-гуань)

Топография: во впадине у нижнего края скуловой дуги, непосредственно кпереди от мыщелкового (суставного) отростка нижней челюсти; проецируется в области околоушной железы и жевательной мышцы, иннервируемой тройничным нервом; здесь проходят ветви поперечной артерии лица, отходящей от поверхностной височной артерии, вена околоушной железы, поперечная вена лица, ушно-височный нерв, относящийся к системе тройничного нерва, ветви лицевого нерва (см. рис. 54).

При определении рот закрыт.

Техника: укол прямой или слегка наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: поражение мышц лица, головокружение, шум в ушах, снижение слуха, боль в ухе, зубная боль (в области верхней челюсти), заболевания височно-нижнечелюстного сустава, истерический тризм.

E(III)8 (тоу-вэй)

Топография: на поперечной линии с точкой T(VIII)24 (шэнь-тин), на 0,5 цуня кзади от лобного угла волосистой части головы, во впадине, образуемой соединением лобной и теменной костей; проецируется на границе между сухожильным шлемом и верхним краем височной мышцы, иннервируемой тройничным нервом; здесь проходят ветви поверхностной височной артерии, поверхностные височные вены, ветви лобного нерва, отходящего от глазного нерва (первая ветвь тройничного нерва), височная ветвь лицевого нерва (см. рис. 54, 58). Определяется при жевательных движениях, над височной мышцей, в углублении кзади от передней границы роста волос.

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: головная боль, головокружение, невралгия тройничного нерва, мигрень, поражение мышц лица, заболевания глаз.

E(III)9 (жэнь-ин)

Топография: у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на 1,5 цуня кнаружи от выступа гортани, где прощупывается пульсация сонной артерии; проецируется на поверхностно расположенную подкожную мышцу шеи, иннервируемую лицевым нервом; здесь проходят ветви верхней щитовидной артерии, внутренней яремной вены, поперечного нерва шеи, шейная петля шейного сплетения, более глубоко — сосудисто-нервный пучок шеи (общая сонная артерия в месте ее разделения на наружную и внутреннюю, внутренняя яремная вена, блуждающий нерв, симпатический ствол) (см. рис. 54, 58).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы не более 10 мм, игла вводится осторожно (не повредить сосудисто-нервный пучок!); термопунктура противопоказана.
Показания: заболевания глотки, гортани, легких, одышка, удушье, артериальная гипертензия, дисфагия.

E(III)10 (шуй-ту)

Топография: у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на середине расстояния между точками E(III)9 (жэнь-ин) и E(III)11 (ци-шэ); здесь проходят общая сонная артерия, внутренняя яремная вена, блуждающий нерв, шейная петля шейного сплетения, ветви поперечного нерва шеи, относящегося к шейному сплетению; более глубоко находится симпатический ствол (см. рис. 54, 58).
Техника: укол наклонный, в медиальном направлении, глубина введения иглы не более 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания глотки и гортани, бронхит, бронхиальная астма, коклюш, дисфагия.

E(III)11 (ци-шэ)

Топография: у верхнего края ключицы, между грудинной и ключичной головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на 1,5 цуня кнаружи от точки J(XIV)22 (тянь-ту), на вертикальной линии, проходящей через точки E(III)9 (жэнь-ин) и E(III)10 (шуй-ту) (рис. 57); проецируется на подкожную мышцу шеи; здесь проходят ветви медиального надключичного нерва, относящегося к шейному сплетению, общая сонная артерия, блуждающий нерв, симпатический ствол (см. рис. 54, 58, 60).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания глотки и гортани, икота, напряжение мышц шейно-затылочной области, заболевания легких.

E(III)12 (цюе-пэнь)

Топография: в центре надключичной ямки, на продолжении второй боковой линии груди (среднеключичной), на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на подкожную мышцу; здесь проходят ветви щитошейного ствола, подключичной вены, промежуточного надключичного нерва, относящегося к шейному сплетению, в глубине — подключичная артерия, надключичная часть плечевого сплетения (см. рис. 54, 58, 60).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы не более 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания дыхательной системы, боль в груди, надключичной области, межреберная невралгия, миалгии шейно-плечевой области.

E(III)13 (ци-ху)

Топография: под ключицей, на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии, проецируется на большую грудную и подключичную мышцы, иннервируемые медиальным и латеральным грудными нервами плечевого сплетения; здесь проходят ветви внутренней грудной, грудоакромиальной и наивысшей межреберной артерий, грудоакромиальной и наивысшей межреберной вен, надключичных нервов, передние ветви первого грудного нерва (см. рис. 54, 58, 60). Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол несколько наклонный, по направлению кнаружи, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: анорексия, икота, боль в области грудной клетки, заболевания дыхательной системы.

E(III)14 (ку-фан)

Топография: в I межреберье, на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии;

проецируется на большую и малую грудные мышцы; здесь находятся ветви внутренней грудной и наивысшей межреберной артерий, наивысшей межреберной вены, передние ветви грудного нерва, передние грудные нервы надключичной части плечевого сплетения (см. рис. 60).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи и слегка вверх вдоль I межреберья; игла вводится ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области грудной клетки, заболевания органов дыхания.

E(III)15 (у-и)

Топография: во II межреберье, на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую и малую грудные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной и наивысшей межреберной артерий, наивысшей межреберной вены, передние ветви второго грудного нерва, передние грудные нервы надключичной части плечевого сплетения (см. рис. 60).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи и слегка вверх вдоль межреберья, ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов дыхания, боль в области молочной железы.

E(III)16 (ин-чуан)

Топография: в III межреберье, на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую и малую грудные, межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной, латеральной грудной и межреберной артерий, грудных вен, передние ветви третьего грудного нерва, передние грудные нервы надключичной части плечевого сплетения (см. рис. 60).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи и слегка вверх вдоль межреберья, ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: диспепсические явления, межреберная невралгия, заболевания органов дыхания, молочной железы.

E(III)17 (жу-чжун)

Топография: в центре соска, здесь проходят ветви внутренней и латеральной грудных, межреберной артерий, грудных вен, передние ветви четвертого грудного нерва (см. рис. 60).
Техника: аку- и термопунктура противопоказаны.

E(III)18 (жу-гэнь)

Топография: в V межреберье, на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную и межреберные мышцы; здесь проходят ветви межреберных, внутренней и латеральной грудных артерий, грудных вен, передние ветви пятого грудного нерва (см. рис. 60).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи вдоль межреберья, ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: диспепсические явления, икота, межреберная невралгия, заболевания органов дыхания, молочной железы.

E(III)19 (бу-жун)

Топография: у края реберной дуги, на 6 цуней выше уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота, иннервируемую грудными нервами; здесь проходят ветви верхней надчревной, внутренней грудной и межреберных артерий, верхние надчревные и межреберные вены, передние ветви шестого и седьмого грудных нервов (см. рис. 60).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка, печени, органов дыхания, межреберная невралгия, боль в области сердца.

E(III)20 (чэн-мань)

Топография: на 5 цуней выше уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви верхней надчревной, внутренней грудной и межреберных артерий, верхние надчревные и межреберные вены, передние ветви седьмого грудного нерва (см. рис. 60).

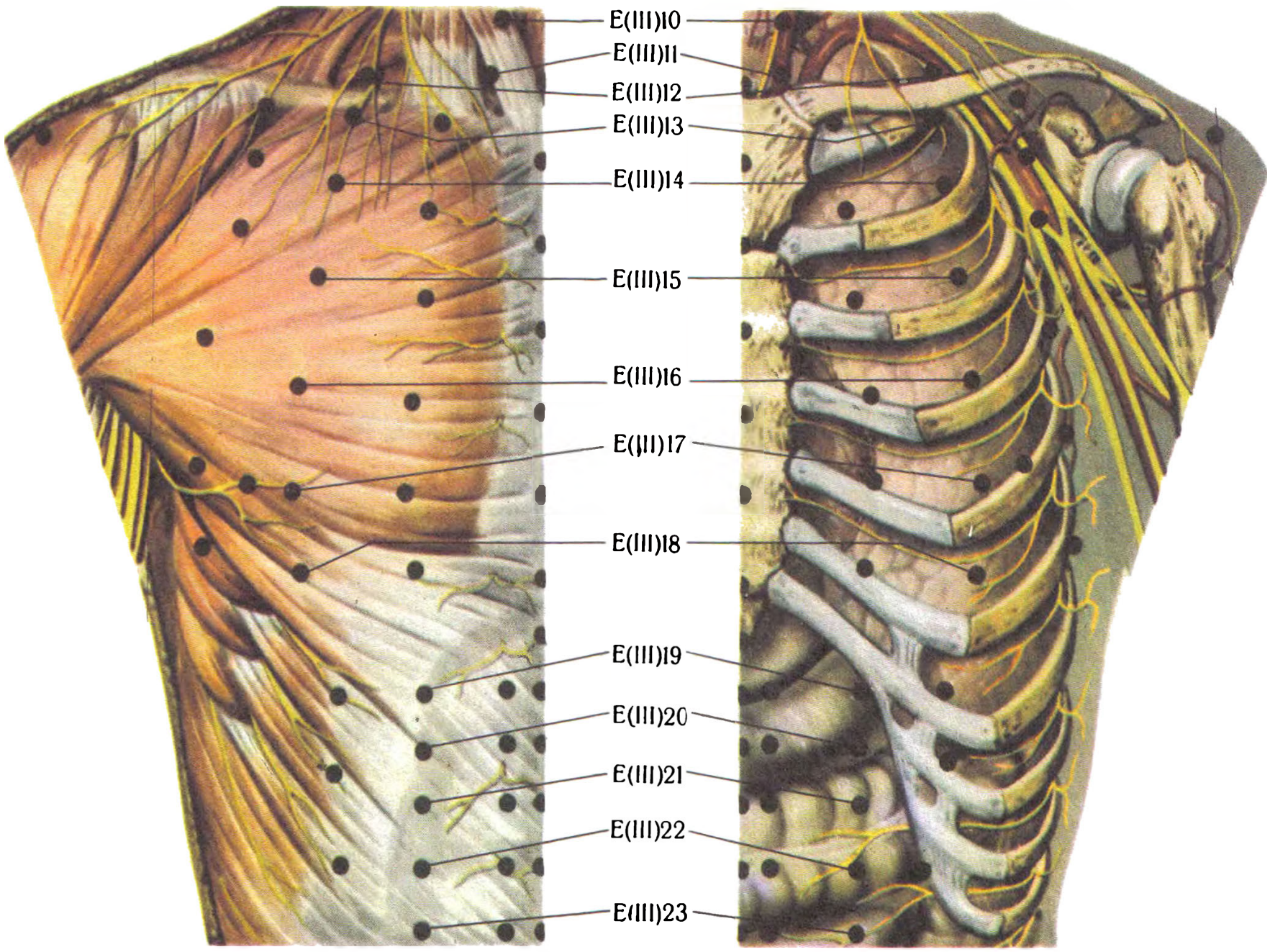


Рис. 60. Проекции точек акупунктуры E(III)10—E(III)23.

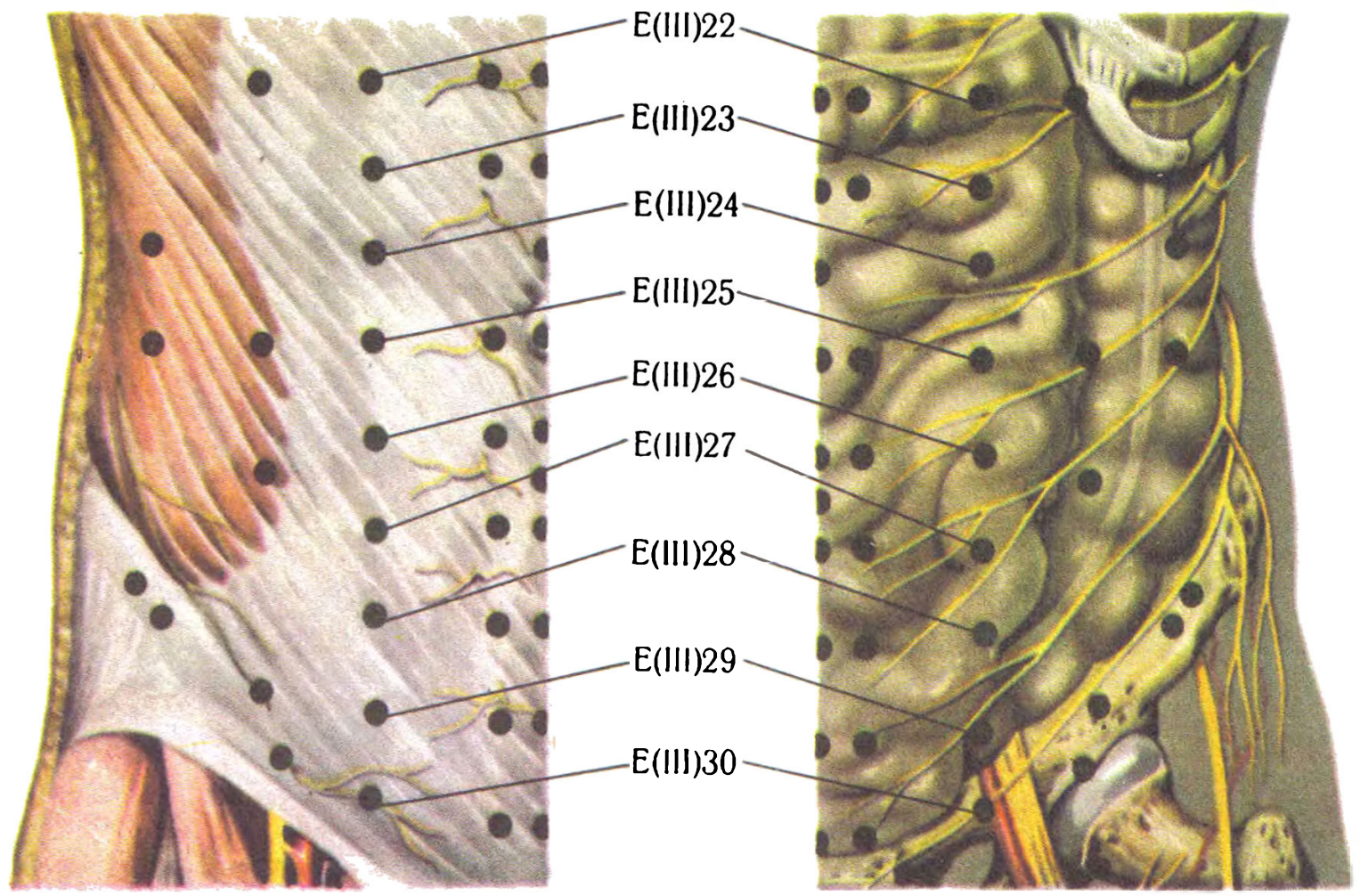


Рис. 61. Проекции точек акупунктуры E(III)22—E(III)30.

Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, анорексия, спазм диафрагмы, межреберная невралгия, кашель, одышка.

E(III)21 (лян-мэнь)

Топография: на 4 цуня выше уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви верхних надчревных артерии и вены, межреберных артерий и вен, передние ветви седьмого и восьмого грудных нервов (см. рис. 60).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, анорексия.

E(III)22 (гуань-мэнь)

Топография: на 3 цуня выше уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви верхних надчревных артерии и вены, межреберных артерий и вен, передние ветви восьмого и девятого грудных нервов (см. рис. 60, 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, анорексия, энурез, отеки.

E(III)23 (тай-и)

Топография: на 2 цуня выше уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной (белой) линии; проецируется на прямую мышцу живота (рис. 62); здесь проходят ветви верхних надчревных артерии и вены, межреберных артерий и вен, передние ветви девятого грудного нерва (см. рис. 60, 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, энурез, депрессивное состояние.

E(III)24 (хуа-жоу-мэнь)

Топография: на 1 цунь выше уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви верхних надчревных артерии и вены, межреберных артерий и вен, передние ветви девятого и десятого грудных нервов (см. рис. 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, глоссит, психические нарушения, эпилепсия, гинекологические заболевания.

E(III)25 (тянь-шу)

Топография: на уровне пупка, на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви поверхностной, верхней и нижней надчревных артерий и вен, межреберных артерий и вен, передние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов пищеварения (одна из важнейших точек при заболеваниях желудка и кишок), почек, задержка мочи, отеки, нарушение менструального цикла.

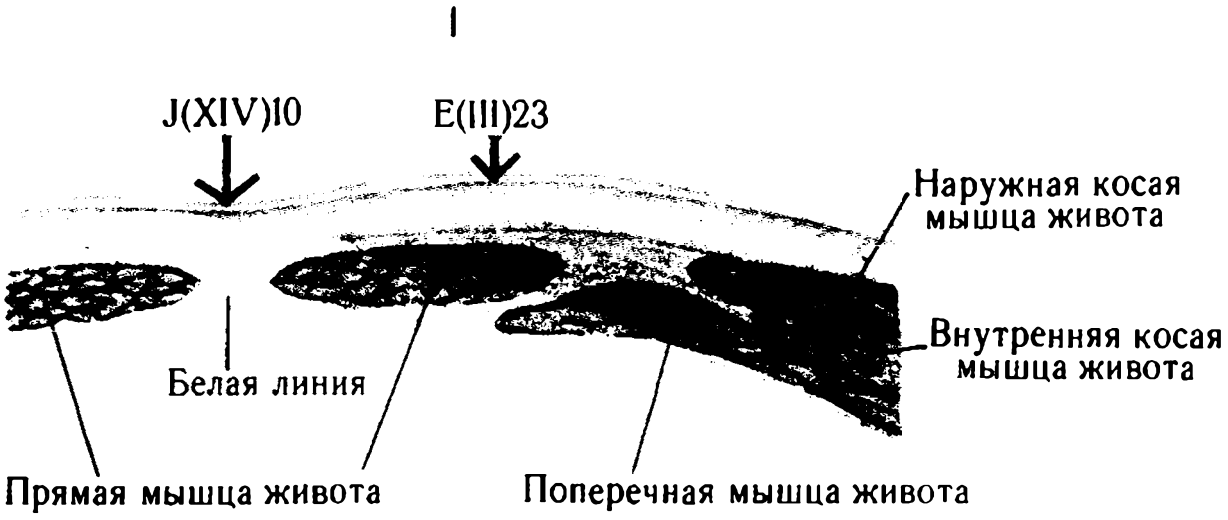


Рис. 62. Поперечный срез передней брюшной стенки на уровне точки E (III) 23 (тай-и).

E(III)26 (вай-лин)

Топография: на 1 цунь ниже уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, межреберных артерий и вен, передние ветви десятого и одиннадцатого грудных нервов (см. рис. 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, боль при грыже.

E(III)27 (да-цзюй)

Топография: на 2 цуня ниже уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, межреберных артерий и вен, передние ветви одиннадцатого грудного нерва (см. рис. 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, боль при грыже, заболевания мочеполовой системы, нарушение сна, астеническое состояние.

E(III)28 (шуй-дао)

Топография: на 3 цуня ниже уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на прямую мышцу живота; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, передние ветви подреберного нерва (см. рис. 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, органов мочеполовой системы.

E(III)29 (гуй-лай)

Топография: на 4 цуня ниже уровня пупка и на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на латеральный край прямой мышцы живота, сухожилия поперечной и внутренней косой мышц живота; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, подвздошно-подчревного и подреберного нервов (см. рис. 61).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области живота спазматического характера, заболевания мочеполовых органов.

E(III)30 (ци-чун)

Топография: у верхнего края лобковой кости, на уровне точки J(XIV)2 (цюй-гу), на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется в области поверхностного пахового кольца; здесь проходят ветви поверхностной артерии, огибающей подвздошную кость, поверхностной и нижней надчревных артерий, поверхностной и нижней надчревных вен, подвздошно-пахового и подвздошно-подчревного нервов (см. рис. 61, 63).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, в медиальном направлении, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: диспепсические явления, боль в пояснице, заболевания органов мочеполовой системы.

E(III)31 (би-гуань)

Топография: на вертикальной линии, опущенной от верхней передней подвздошной ости, у латерального края портняжной мышцы, на уровне промежности; проецируется на прямую мышцу бедра; здесь проходят ветви латеральной артерии, огибающей бедренную кость, латеральной вены, окружающей бедренную кость, латерального кожного нерва бедра и подвздошно-пахового нерва (см. рис. 63).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: боль в пояснице, в нижней части живота, области заднего прохода, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

E(III)32 (фу-ту)

Топография: на 6 цуней выше верхнего края надколенника, на линии, соединяющей наружный край надколенника и верхнюю

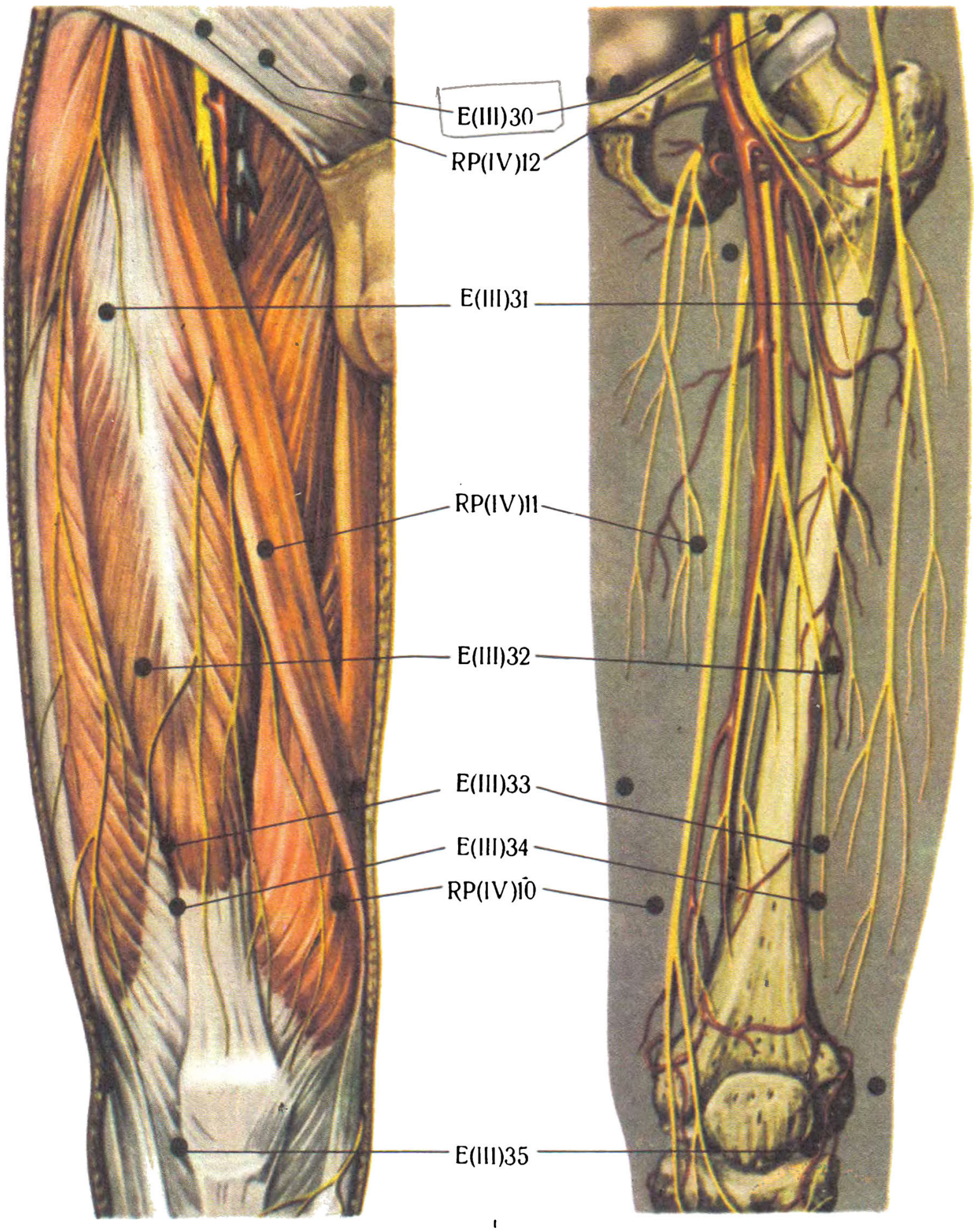


Рис. 63. Проекции точек акупунктуры E (III) 30—E (III) 35, RP (IV) 10—RP (IV) 12 в области бедра.

переднюю подвздошную ость; проецируется на брюшко прямой мышцы бедра; здесь проходят ветви латеральной артерии, огибающей бедренную кость, латеральной вены, окружающей бедренную кость, передние кожные ветви бедренного нерва, латеральный кожный нерв бедра (см. рис. 63).

Определяется в положении лежа на спине.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: метеоризм, боль в пояснице, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

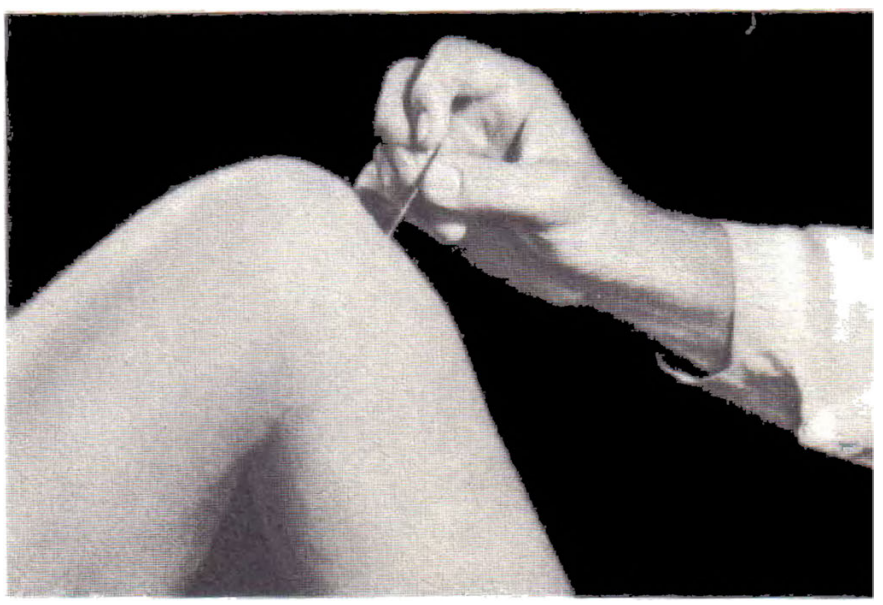


Рис. 64. Введение акупунктурной иглы в точку E(III)35 (ду-би).

E(III)33 (инь-ши)

Топография: на 3 цуня выше наружно-верхнего края надколенника, у наружного края прямой мышцы бедра, на линии, соединяющей наружный край надколенника и верхнюю переднюю подвздошную ость; проецируется между прямой и латеральной широкой мышцами бедра, иннервируемыми бедренным нервом; здесь проходят ветви латеральной артерии, огибающей бедренную кость, латеральной вены, окружающей бедренную кость, передние кожные ветви бедренного нерва, латеральный кожный нерв бедра (см. рис. 63).

Определяется в положении лежа на спине.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: боль в нижней части живота, метеоризм, гастралгия, боль в пояснице, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания органов мочеполовой системы.

E(III)34 (лян-цю)

Топография: на 2 цуня выше наружно-верхнего края надколенника, в углублении у наружного края прямой мышцы бедра, под точкой E(III)33 (инь-ши); проекция такая же, как точки E(III)33 (инь-ши) (см. рис. 63).

Определяется в пальпируемом межмышечном промежутке при согнутой в коленном суставе ноге.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: гастралгия, диспепсические явления, боль в пояснице, поражение коленного сустава, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания молочной железы.

E(III)35 (ду-би)

Топография: во впадине кнаружи от связки надколенника, на уровне его нижнего края; проецируется между связкой надколенника и нижним краем латеральной поддерживающей связки надколенника; здесь проходят артериальная коленная суставная сеть, ветви подколенной вены, передние кожные ветви бедренного нерва, латеральный кожный нерв икры (ветвь общего малоберцового нерва) (см. рис. 63, 65).

Определяется в положении сидя, нога согнута в коленном суставе.

Техника: нога согнута в коленном суставе под прямым углом, укол наклонный в медиальном направлении (рис. 64), глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания коленного сустава.

E(III)36 (цзу-сань-ли)

Топография: на 3 цуня ниже patellae (или верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости), на 1 цунь кнаружи от переднего края большеберцовой кости, у наружного края передней большеберцовой мышцы; проецируется на переднюю большеберцовую мышцу, иннервируемую глубоким малоберцовым нервом; здесь проходят ветви передних большеберцовых артерии и вен, латерального кожного нерва икры (рис. 65, 66).

При определении нога несколько согнута в коленном суставе, на 1 цунь ниже уровня точек VB (XI) 34 (ян-лин-цюань) и RP (IV) 9 (инь-лин-цюань), важным ориентиром является головка малоберцовой кости.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—25 мм; продолжительность термопунктуры увеличена (дистантное воздействие может быть до 30—50 мин).

Показания: важнейшая точка в практике акупунктуры; заболевания органов пищеварения, нервной системы и органов чувств, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, аллергические состояния и др.; оказывает выраженное общеукрепляющее действие, эффективна при боли в нижней половине тела.

E(III)37 (шан-цзюй-сюй)

Топография: на 3 цуня ниже точки E(III)36 (цзу-сань-ли) или на 6 цуней ниже точки E(III)35 (ду-би), между большеберцовой и малоберцовой костями; проецируется на переднюю большеберцовую мышцу; здесь проходят передние большеберцовые артерия и вены, глубокий малоберцовый нерв, латеральный кожный нерв икры (см. рис. 65).

Техника: стопа слегка согнута в подошвенную сторону, укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания системы пищеварения, анорексия, люмбалгия, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

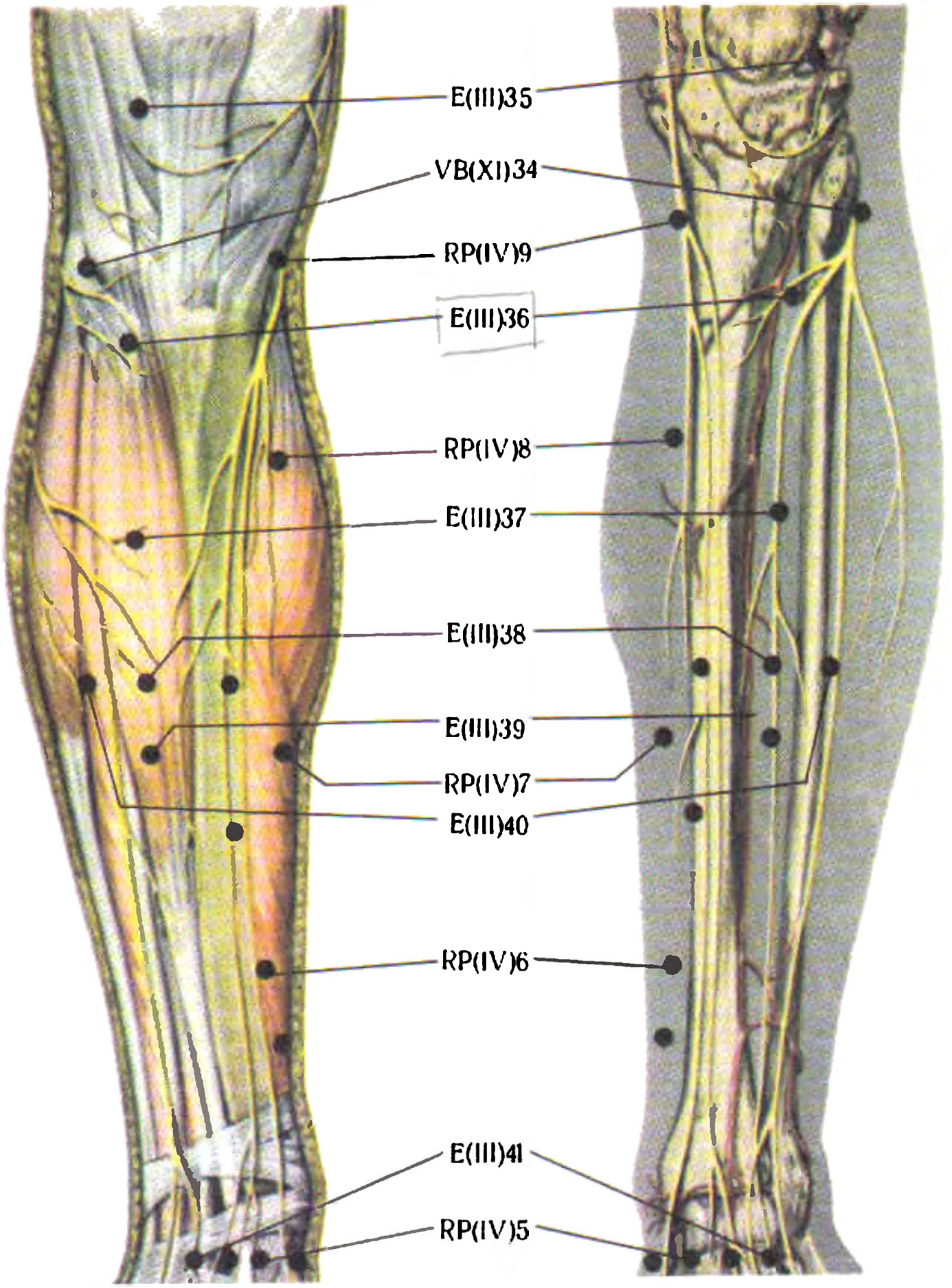


Рис. 65. Проекции точек акупунктуры E(III)35—E(III)41, RP(IV)5—RP(IV)9, VB(XI)34 в области голени (передняя поверхность).

E(III)38 (тяо-коу)

Топография: на 2 цуня ниже точки E(III)37 (шан-цзюй-сюй) или на 8 цуней ниже точки E(III)35 (ду-би), между большеберцовой и малоберцовой костями; здесь проходят передние большеберцовые артерия и вены, глубокий малоберцовый нерв, латеральный кожный нерв икры (см. рис. 65).
Техника: стопа слегка согнута в подошвенную сторону, укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания системы пищеварения, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, тонзиллит.

E(III)39 (ся-цзюй-сюй)

Топография: на 3 цуня ниже точки E(III)37 (шан-цзюй-сюй) или на 9 цуней ниже точки E(III)35 (ду-би), между большеберцовой и малоберцовой костями; проецируется между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев, иннервируемыми глубоким малоберцовым нервом; здесь проходят ветви передних большеберцовых артерии и вен, латеральный кожный нерв икры (см. рис. 65).
Техника: стопа слегка согнута в подошвенную сторону, укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

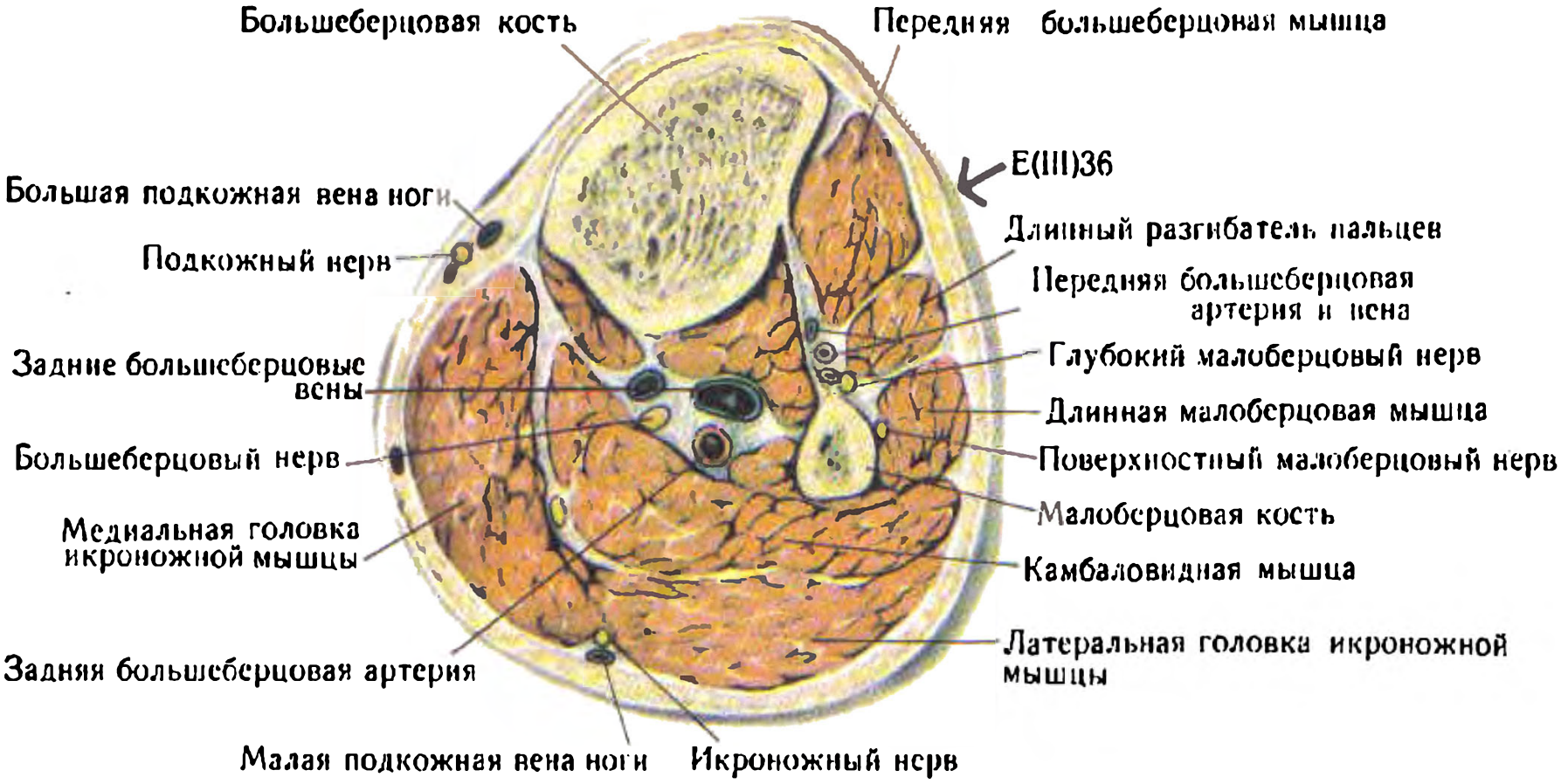


Рис. 66. Поперечный срез голени на уровне точки E(III)36 (цзу-сань-ли) справа.

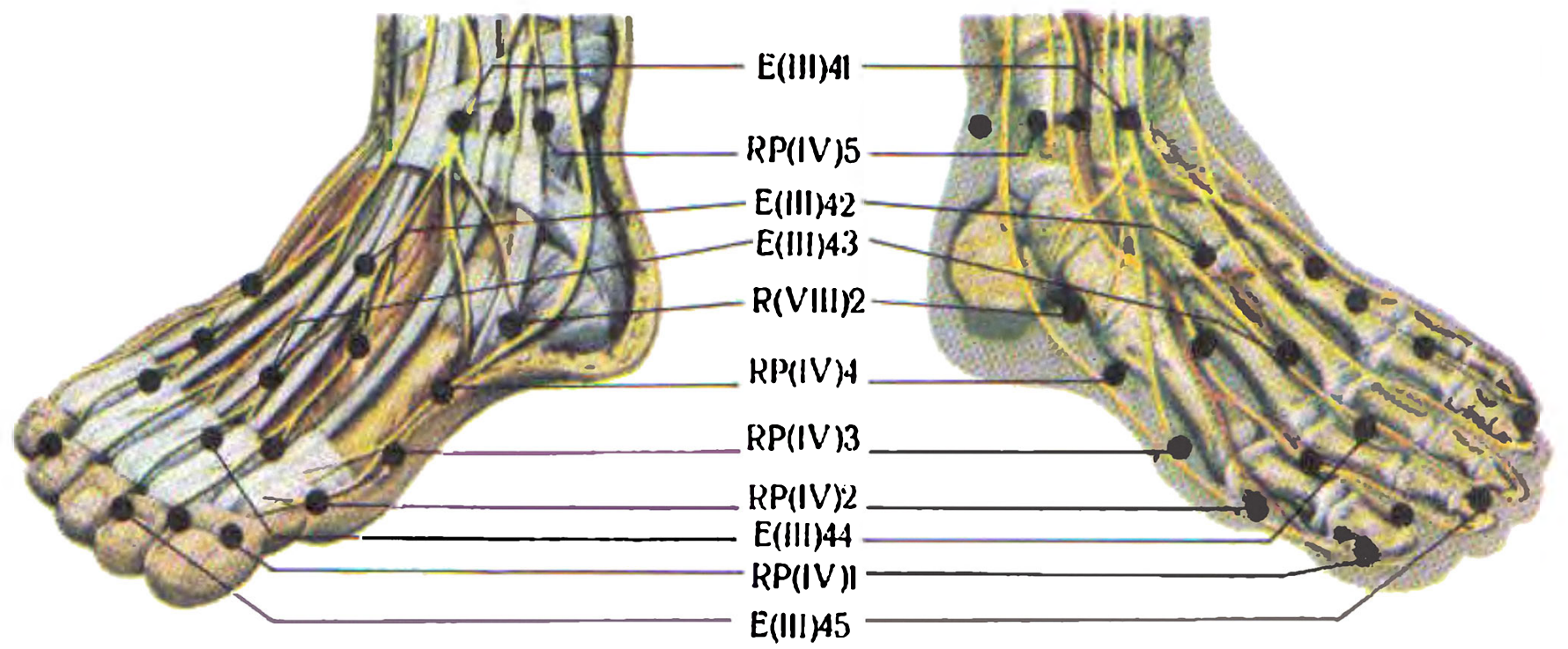


Рис. 67. Проекции точек акупунктуры E (III) 41—E (III) 45, RP (IV) 1—RP (IV) 5, R (VIII) 2 в области стопы.

Показания: заболевания желудка и кишок, анорексия, цереброваскулярные расстройства, боль в пояснице, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

E(III)40 (фэн-лун)

Топография: на 8 цуней выше центра латеральной лодыжки, на уровне точки E(III)38 (тяо-коу), на 1 цунь кнаружи от нее, у переднего края малоберцовой кости; проецируется между длинным разгибателем пальцев и длинной и короткой малоберцовыми мышцами, иннервируемыми глубоким и поверхностным малоберцовыми нервами; здесь проходят ветви передних большеберцовых артерии и вен, латерального кожного нерва икры (см. рис. 65).

Определяется на середине расстояния от центра латеральной лодыжки до верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: диспепсические явления, в частности запор, заболевания печени, органов дыхания, головная боль, головокружение, психические расстройства, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

E(III)41 (цзе-си)

Топография: на тыле стопы, во впадине между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев; здесь проходят ветви передних большеберцовых артерии и вен, поверхностного малоберцового нерва (см. рис. 65, 67). Определяется на уровне латеральной лодыжки, I палец стопы в положении разгибания.
Техника: укол наклонный, по направлению к пятке, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: анорексия, метеоризм, запор, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания суставов стопы, головная боль, головокружение, эпилепсия, отек лица.

E(III)42 (чун-ян)

Топография: на самой возвышенной части тыла стопы, между суставами II—III клиновидных и II—III плюсневых костей; здесь проходит тыльная артерия стопы, тыльная венозная сеть стопы, медиальный тыльный кожный нерв (ветвь поверхностного малоберцового нерва) (см. рис. 67). Определяется в задней части II межплюсневого промежутка, где пальпируется пульсация тыльной артерии стопы.
Техника: укол наклонный (возможно повреждение тыльной артерии стопы!), глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: гастралгия, метеоризм, анорексия, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, поражение суставов стопы, заболевания полости рта, зубная боль, психические расстройства, эпилепсия.

E(III)43 (сянь-гу)

Топография: в самом широком месте межкостного промежутка между II и III плюсневыми костями; проецируется на тыльную межкостную мышцу, иннервируемую большеберцовым нервом; здесь проходят ветви тыльной плюсневой артерии, отходящей от передней большеберцовой артерии, тыльная венозная сеть стопы, медиальный тыльный кожный нерв (ветвь поверхностного малоберцового нерва) (см. рис. 67). Определяется во впадине, кпереди от места соединения II и III плюсневых костей.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания кишок, отек лица, боль в области стопы, ночной гипергидроз.

E(III)44 (нэй-тин)

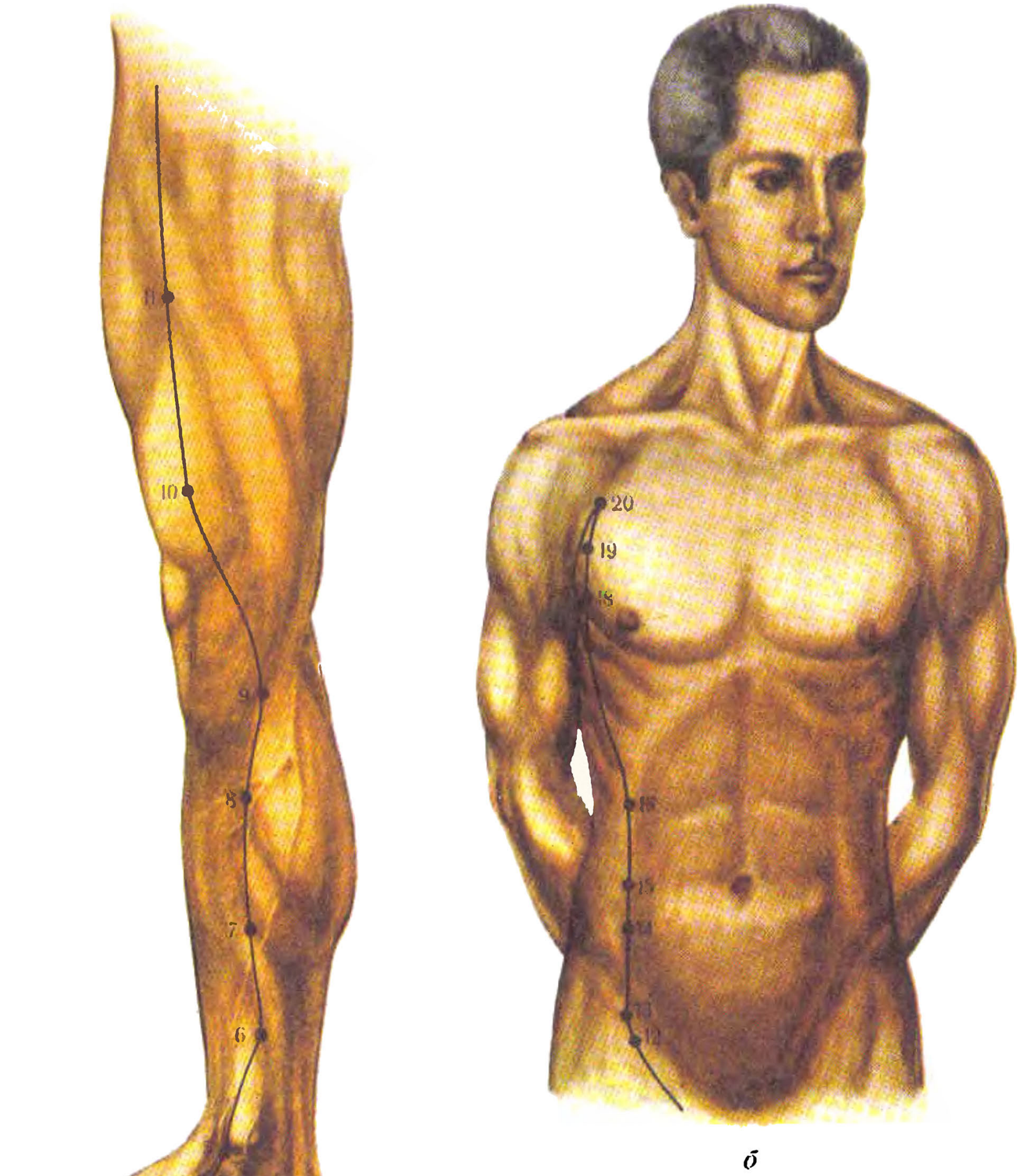
Топография: во впадине кпереди от II и III плюснефаланговых суставов; здесь проходят тыльные пальцевые артерии, тыльные пальцевые вены стопы, тыльный пальцевой нерв стопы, относящийся к системе поверхностного малоберцового нерва, ветви медиального тыльного кожного нерва стопы (см. рис. 67).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания желудка и кишок, спазм диафрагмы, головная боль, отек лица, заболевания полости рта, носовое кровотечение, отек и боль в области тыльной поверхности стопы.

E(III)45 (ли-дуй)

Топография: на дистальной фаланге II пальца стопы, на 0,3 см кнаружи от корня ногтя; здесь находятся артериальная и венозная сети, образованные тыльными пальцевыми артериями и венами, тыльный пальцевой нерв стопы (см. рис. 67).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: диспепсические явления, в частности метеоризм, анорексия, заболевания полости рта, носовое кровотечение, головная боль, психические расстройства, боль в нижних конечностях и паховой области.

Меридиан IV (селезенки, поджелудочной железы)

Относится к системе меридианов инь ноги. Центробежный, парный. Насчитывает 21 точку акупунктуры (рис. 68, *а, б*). Точка RP(IV)1 располагается у медиального края корня ногтя I пальца стопы, последующие



а *б*

Рис. 68. Точки акупунктуры меридиана IV (селезенки, поджелудочной железы) (*а, б*).

(RP(IV)2—RP(IV)4) — на внутреннем крае стопы. Соответственно локализации точек RP(IV)5—RP(IV)11 меридиан кпереди от медиальной лодыжки поднимается по внутренней поверхности голени, в верхнем отделе которой пересекается с XII меридианом (печени), смещаясь кпереди, далее следует по передневнутренней поверхности бедра. Точки RP(IV)12—RP(IV)16 локализуются на передней брюшной стенке (III боковая линия живота). В области грудной клетки (RP(IV)17—RP(IV)20) меридиан следует по III боковой линии груди до II межреберья (RP(IV)20), после чего опускается вниз и кзади, заканчиваясь в VII межреберье по средней подмышечной линии (RP(IV)21).

Время максимальной активности меридиана с 9 до 11 ч.

Стандартные пункты: точка входа — RP(IV)1 (инь-бай); тонизирующая точка — RP(IV)2 (да-ду); седативная точка — RP(IV)5 (шан-цю); точка-пособник — RP(IV)3 (тай-бай); стабилизирующая точка — RP(IV)4 (гун-сунь); сочувственная точка — V(VII)20 (пи-шу); точка-глашатай — F(XII)13 (чжан-мэнь); точка выхода — RP(IV)21 (да-бао).

RP(IV)1 (инь-бай)

Топография: на тыльной стороне дистальной фаланги I пальца стопы, примерно на 0,3 см кнутри от корня ногтя (см. рис. 67, 69); здесь расположены артериальная и венозная сети, образованные тыльными пальцевыми артериями и венами, тыльный пальцевой нерв, отходящий от поверхностного малоберцового нерва.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания кишок, мочеполовых органов, психические нарушения, судороги у детей, неотложная помощь. Во время беременности воздействие на точку противопоказано.

RP(IV)2 (да-ду)

Топография: на медиальном крае I пальца стопы, во впадине, находящейся кпереди и книзу от плюснефалангового сустава; здесь расположены разветвление медиальной подошвенной артерии, относящейся к системе задней большеберцовой артерии, тыльные пальцевые вены стопы и медиальный подошвенный нерв, отходящий от большеберцового нерва (см. рис. 67, 69).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов системы пищеварения, боль в области поясницы, стопы и голеностопного сустава, астеническое состояние, эмоциональная лабильность, судороги у детей. Во время беременности воздействие на точку противопоказано.

RP(IV)3 (тай-бай)

Топография: на медиальном крае стопы, во впадине кзади и книзу от головки I плюсневой кости; проецируется на мышцу, отводящую большой палец стопы; здесь проходят ветви медиальной подошвенной артерии, тыльная венозная сеть стопы и медиальный подошвенный нерв, относящийся к системе большеберцового нерва, медиальный тыльный кожный нерв, отходящий от поверхностного малоберцового нерва (см. рис. 67, 69).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов системы пищеварения, люмбалгия, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, эпилепсия.

RP(IV)4 (гун-сунь)

Топография: на медиальном крае стопы, в углублении у передненижнего края основания I плюсневой кости, примерно на середине расстояния между точками RP(IV)3 (тай-бай) и R(VIII)2 (жань-гу); проецируется на мышцу, отводящую большой палец стопы, иннервируемую медиальным подошвенным нервом; здесь проходят ветви медиальной подошвенной артерии, тыльная венозная сеть стопы, медиальный тыльный кожный нерв от поверхностного малоберцового нерва, ветви подкожного нерва, относящиеся к системе бедренного нерва (см. рис. 67, 69).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов системы пищеварения, сердца, мочеполовых органов, эмоциональная лабильность, чувствительные и двигательные нарушения в области нижней конечности, местные отеки, эпилепсия.

RP(IV)5 (шан-цю)

Топография: кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине на середине расстояния между центром медиальной лодыжки и бугристостью ладьевидной кости или на пересечении горизонтали, проведенной через нижний край медиальной лодыжки, и вертикали, проведенной через передний ее край; здесь проходят ветви медиальной передней лодыжковой артерии, отходящей от большеберцовой артерии, ветви большой подкожной вены ноги, поверхностного малоберцового нерва, подкожного нерва, относящегося к системе бедренного нерва (см. рис. 65, 67, 69).
Определяется в положении лежа на спине, стопа в положении легкого тыльного сгибания.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов системы пищеварения, судороги икроножной мышцы, артралгия, боль в костях и при заболеваниях вен.

RP(IV)6 (сань-инь-цзяо)

Топография: у медиального (заднего) края большеберцовой кости, на 3 цуня выше центра медиальной лодыжки (расстояние от центра медиальной лодыжки до точки RP(IV)9 (инь-лин-цюань) делится на 13 цуней); проецируется на заднюю большеберцовую мышцу и длинный сгибатель пальцев стопы, иннервируемые большеберцовым нервом; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, подкожного нерва, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 65, 69, 70).

Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи и кзади, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания органов системы пищеварения, мочеполовой системы, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, неврозы, нарушение сна, артериальная гипертензия и др. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

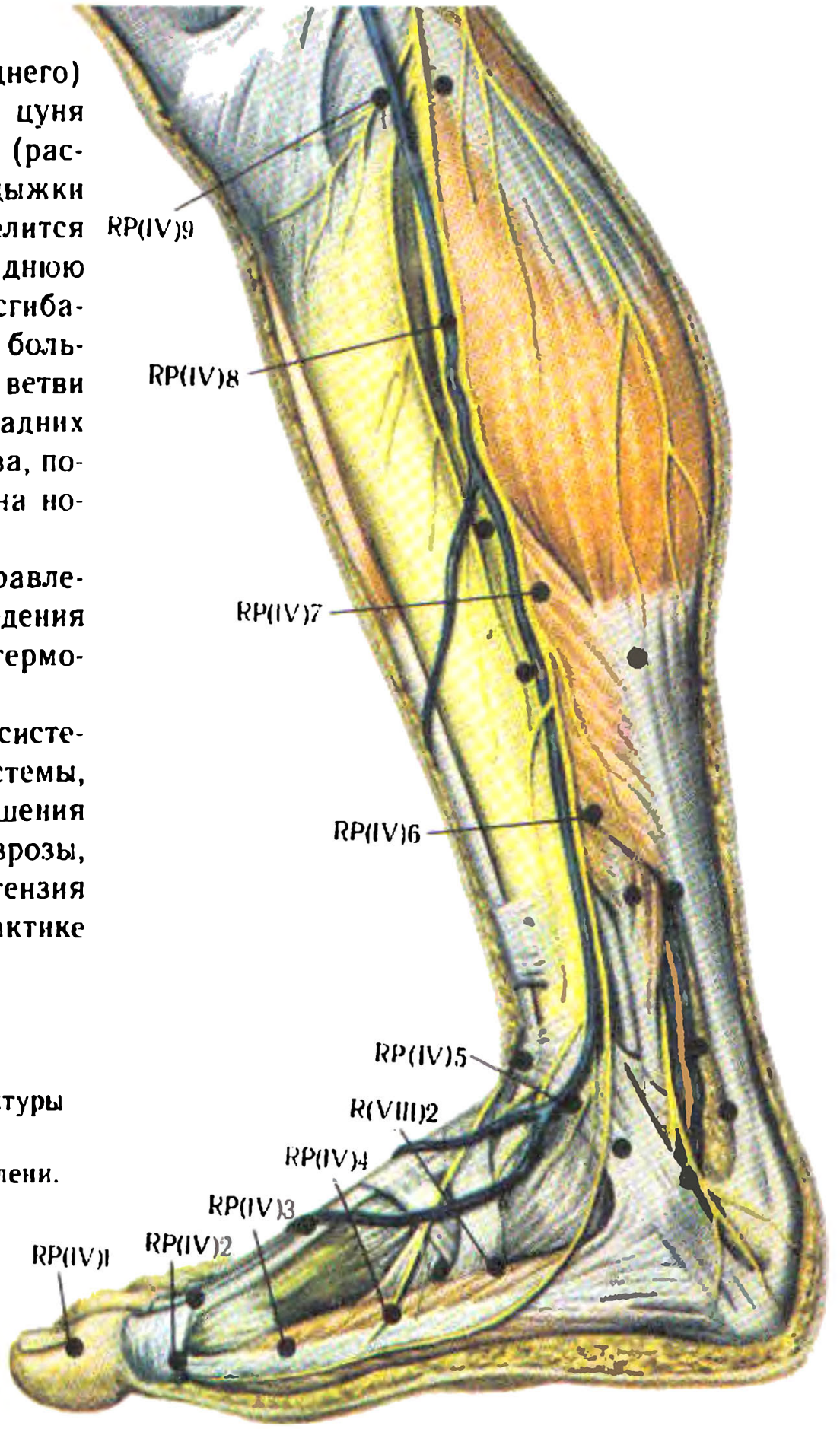


Рис. 69. Проекции точек акупунктуры RP(IV)1—RP(IV)9, R(VIII)2 в области стопы и голени.



Рис. 70. Поперечный срез правой голени на уровне точки RP(IV)6 (сань-инь-цзяо).

RP(IV)7 (лоу-гу)

Топография: на 6 цуней выше центра медиальной лодыжки, у медиального (заднего) края большеберцовой кости; проецируется между краем большеберцовой кости и камбаловидной мышцей, иннервируемой большеберцовым нервом; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, подкожного нерва, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 65, 69).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов системы пищеварения.

RP(IV)8 (ди-цзи)

Топография: на 3 цуня ниже точки RP(IV)9 (инь-лин-цюань), у медиального (заднего) края большеберцовой кости; проецируется по переднему краю икроножной мышцы, иннервируемой большеберцовым нервом; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, подкожного нерва, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 65, 69).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов системы пищеварения, люмбалгия, заболевания мочеполового аппарата.

RP(IV)9 (инь-лин-цюань)

Топография: в углублении у заднего нижнего края медиального мыщелка большеберцовой кости, на 2 цуня ниже нижнего края надколенника, на уровне точки VB(XI)34 (ян-лин-цюань); проецируется между большеберцовой костью и икроножной мышцей; здесь проходят задняя большеберцовая артерия, медиальная нижняя коленная артерия, задние большеберцовые вены, подкожный нерв, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 65, 69).

При определении нога согнута в коленном суставе (рис. 71).

Техника: укол прямой (нога выпрямлена), глубина введения иглы 15—20 мм (рис. 72); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов системы пищеварения, мочеполового аппарата, люмбалгия, боль по внутренней поверхности бедра, заболевания коленного сустава, головная боль, нарушение сна.

RP(IV)10 (сюе-хай)

Топография: на передневнутренней поверхности бедра, на 2 цуня выше верхнего края надколенника и медиального надмыщелка бедренной кости (расстояние от медиального надмыщелка бедра до верхнего края лобковой кости делится на 16 цуней); проецируется на медиальную широкую мышцу бедра, иннервируемую бедренным нервом; здесь проходят ветви бедренной арте-

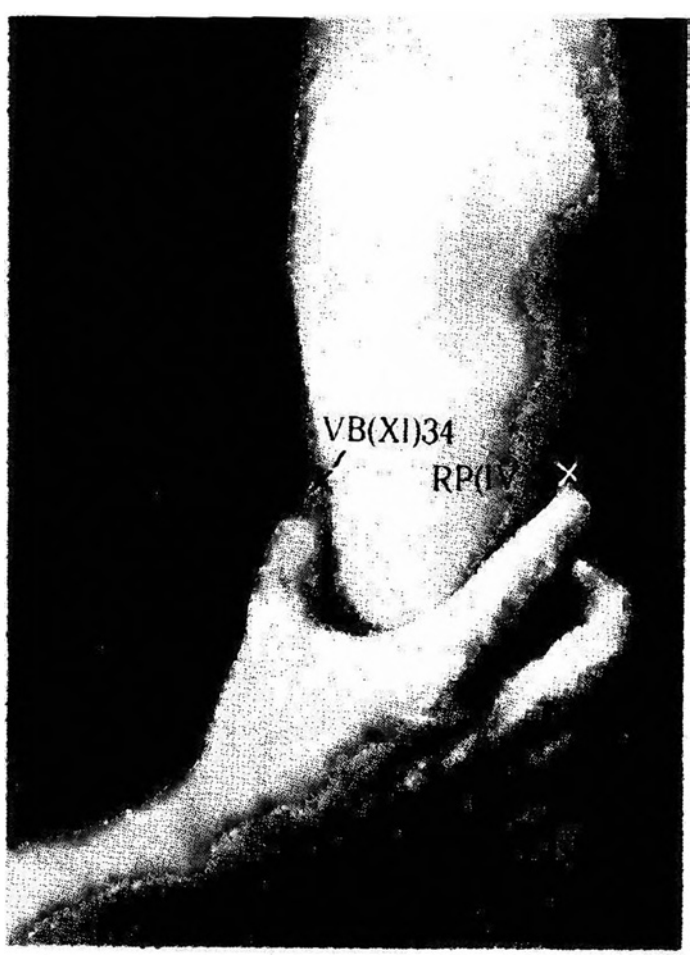


Рис. 71. Прием быстрого поиска точек RP(IV)9 (инь-лин-цюань) и VB(XI)34 (ян-лин-цюань).

Рис. 72. Введение акупунктурной иглы в точку RP(IV)9 (инь-лин-цюань).



рии и вены, запирательного нерва и передние кожные ветви бедренного нерва (см. рис. 63, 73).

Определяется в положении лежа на спине, ноги выпрямлены.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: гинекологические заболевания, энурез, кожные заболевания в области нижних конечностей, поражение коленного сустава.

RP(IV)11 (цзи-мэнь)

Топография: на 6 цуней выше точки RP(IV)10(сюе-хай), у переднего края портняжной мышцы; здесь проходят ветви бедренной артерии и вены, запирательного нерва, передние кожные ветви бедренного нерва (см. рис. 63, 73).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: урологические заболевания, боль в паховой области и по внутренней поверхности бедра.

RP(IV)12 (чун-мэнь)

Топография: у середины паховой складки, кнаружи от места пульсации бедренной артерии, на уровне верхнего края лобкового симфиза (рис. 74); здесь проходят поверхностные надчревные артерия и вена, поверхностная артерия, огибающая пол-

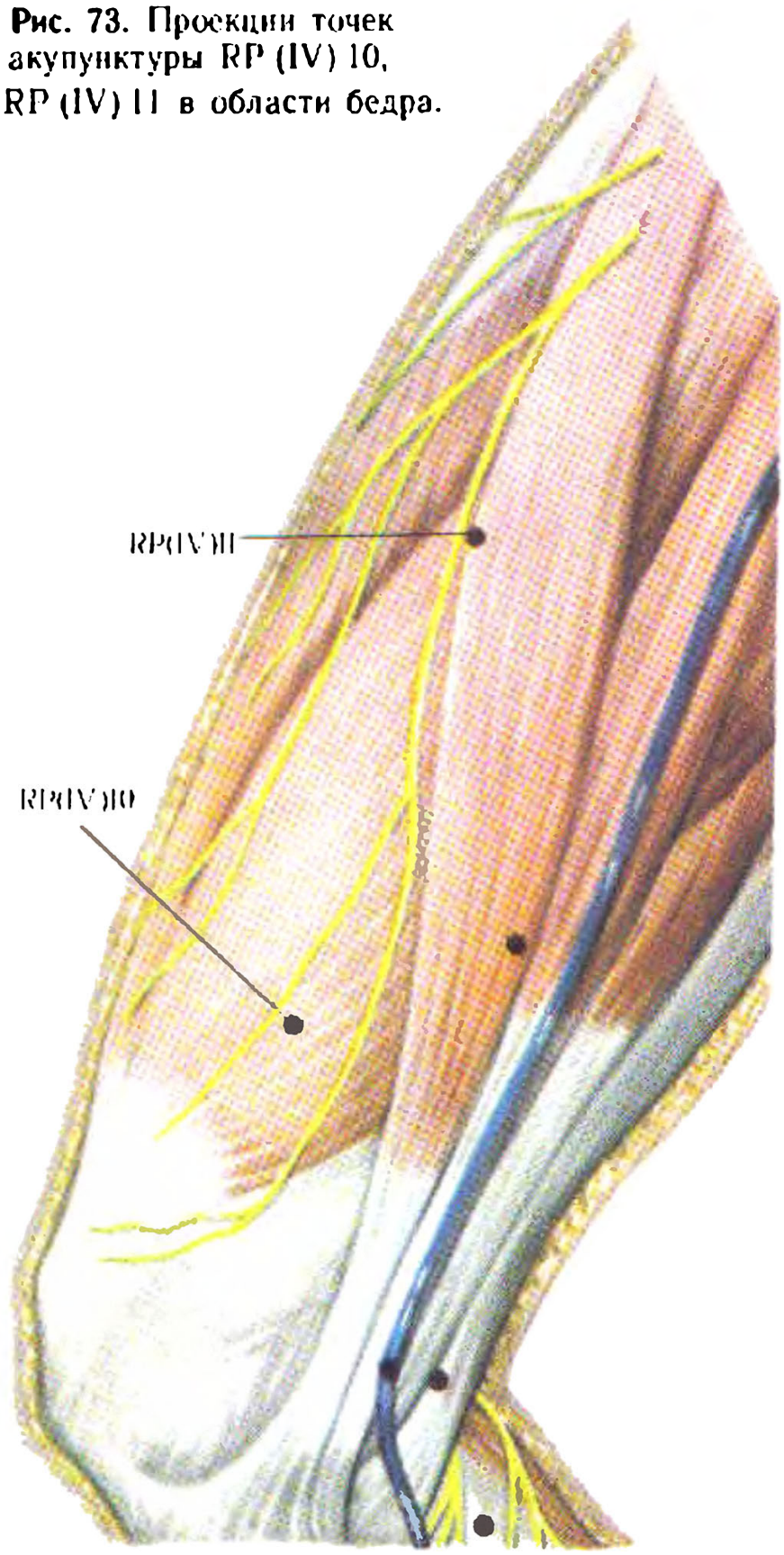


Рис. 73. Проекции точек акупунктуры RP (IV) 10, RP (IV) 11 в области бедра.

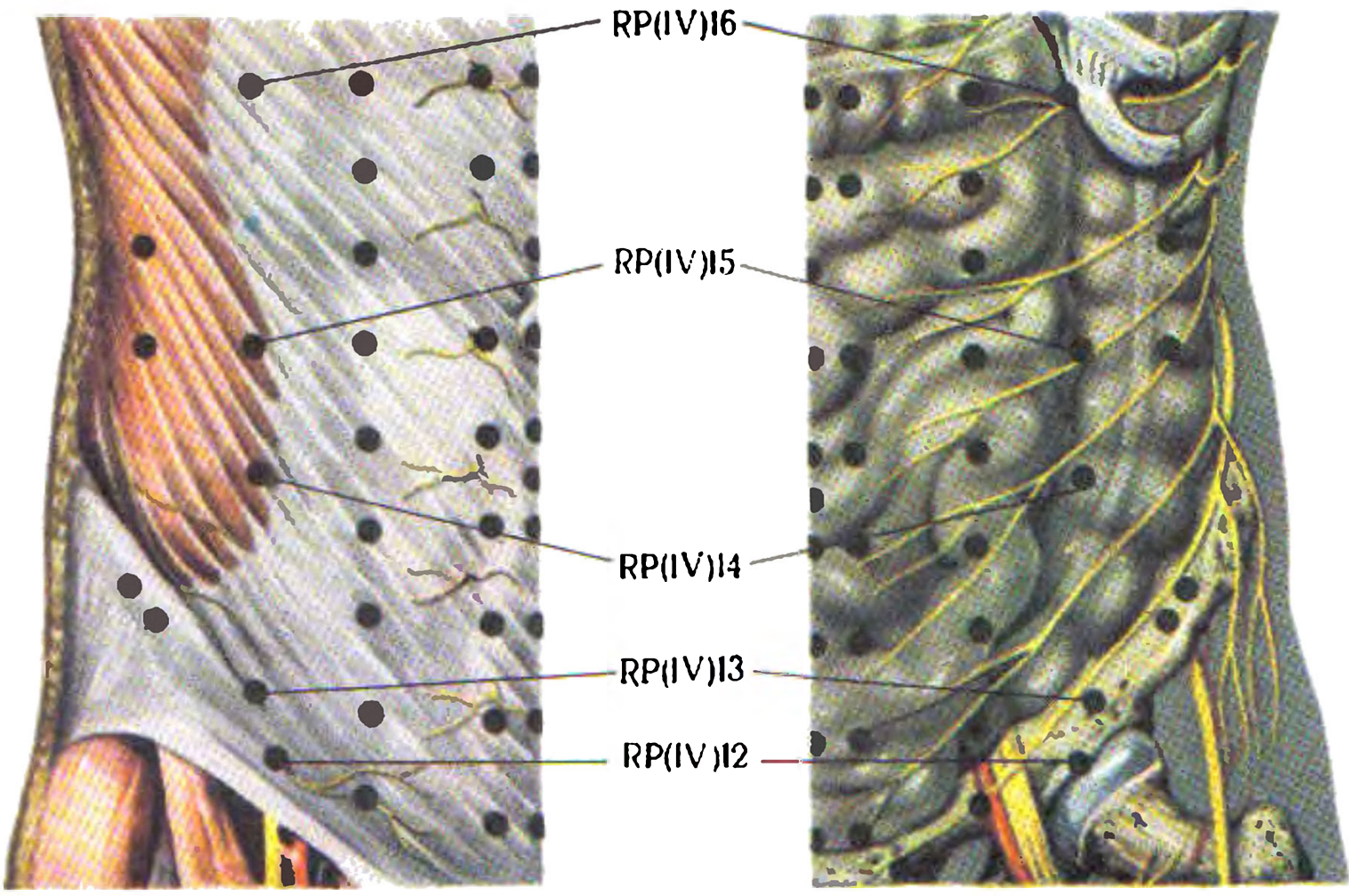


Рис. 74. Проекции точек акупунктуры RP(IV)12—RP(IV)16 в области живота.

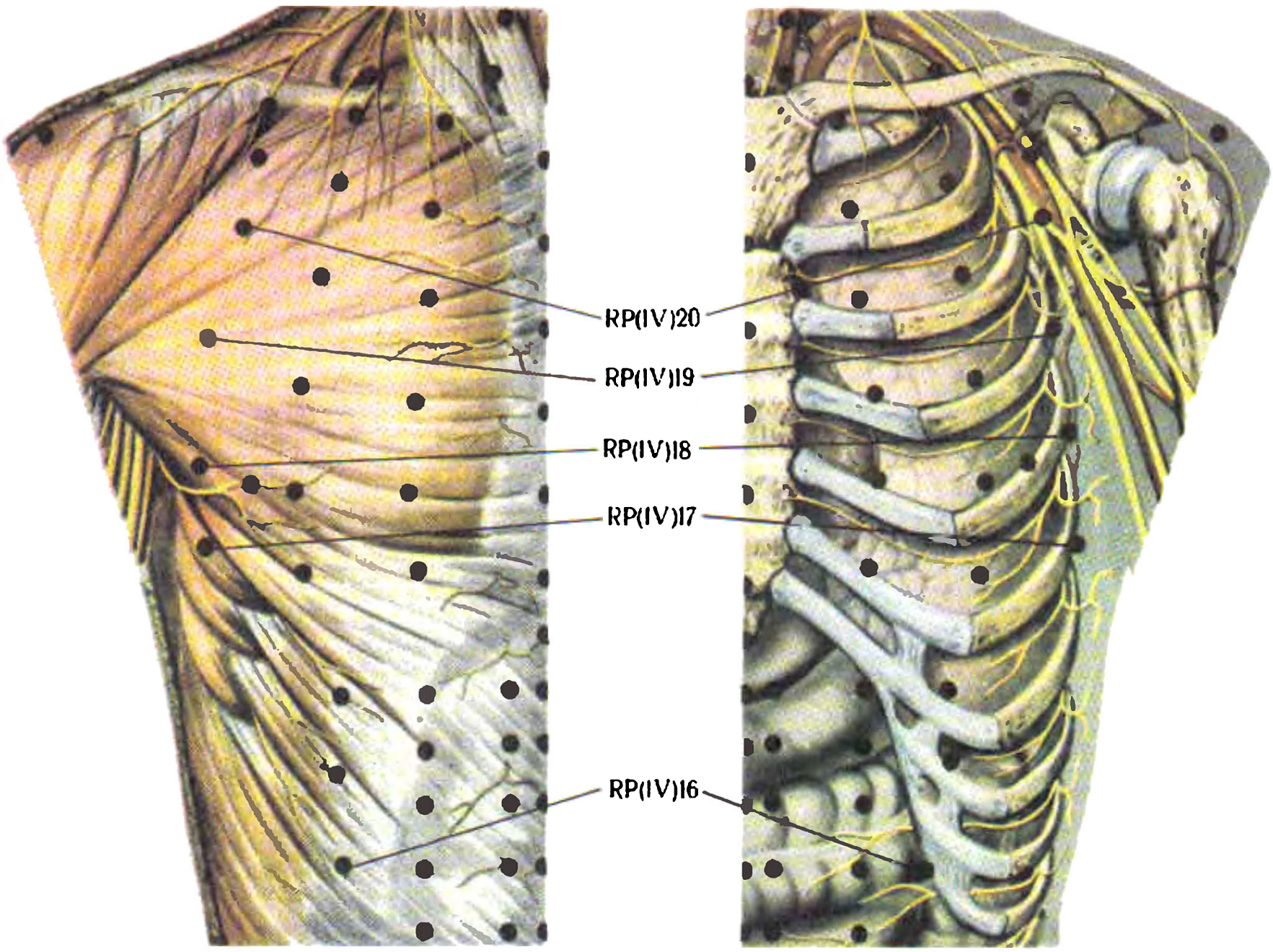


Рис. 75. Проекции точек акупунктуры RP(IV)17—RP(IV)20 в области груди.

вздошную кость, и вена, окружающая подвздошную кость, кожные ветви подвздошно-пахового нерва (см. рис. 63, 74). Определяется в положении лежа на спине.

Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: желудочная боль спазматического характера, метеоризм, заболевания мочеполового аппарата.

RP(IV)13 (фу-шэ)

Топография: на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии, на 0,7 цуня выше уровня точки RP(IV)12 (чун-мэнь) или на 4,3 цуня ниже точки RP(IV)15 (да-хэн); проецируется на мышцы переднебоковой брюшной стенки — наружную и внутреннюю косые и поперечную мышцы живота, иннервируемые грудными, подвздошно-подчревным и подвздошно-паховым нервами; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревной артерий и вен, поверхностной артерии, огибающей подвздошную кость, и вены, окружающей подвздошную кость, кожные ветви подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов (см. рис. 74). Определяется в положении лежа на спине.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания кишок, спленомегалия.

RP(IV)14 (фу-цзе)

Топография: на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии и на 1,3 цуня ниже точки RP(IV)15 (да-хэн); проецируется на мышцы переднебоковой брюшной стенки; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, межреберных артерий и вен, передние ветви одиннадцатого грудного нерва (см. рис. 74). Определяется в положении лежа на спине.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания кишок, половая импотенция.

RP(IV)15 (да-хэн)

Топография: на уровне пупка, на 4 цуня в сторону от передней срединной линии; проецируется на мышцы переднебоковой брюшной стенки; здесь проходят ветви поверхностной, верхней и нижней надчревных артерий и вен, межреберных артерий и вен, передние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 74).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, судороги в мышцах конечностей, гипергидроз, астеническое состояние.

RP(IV)16 (фу-ай)

Топография: на 4 цуня кнаружи от передней срединной линии, на 3 цуня выше точки RP(IV)15 (да-хэн); проецируется на мышцы переднебоковой брюшной стенки; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, межреберных артерий и вен, передние ветви восьмого и девятого грудных нервов (см. рис. 74).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов системы пищеварения.

RP(IV)17 (ши-доу)

Топография: в V межреберье, на 6 цуней кнаружи от передней срединной линии; проецируется на переднюю зубчатую мышцу, межреберные мышцы; здесь проходят ветви латеральной грудной и межреберной артерий, грудных вен, длинного грудного нерва плечевого сплетения, латеральная кожная ветвь передних ветвей пятого грудного нерва (рис. 75).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол слегка наклонный, по направлению кнаружи и вверх вдоль межреберья, игла вводится ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: икота, межреберная невралгия, заболевания органов дыхания, печени.

RP(IV)18 (тянь-си)

Топография: в IV межреберье, на 6 цуней кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную мышцу, переднюю зубчатую мышцу, межреберные мышцы; здесь проходят ветви латеральной грудной и межреберной артерий, грудных вен, длинного грудного нерва, латеральная кожная ветвь передних ветвей четвертого грудного нерва (см. рис. 75).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, вдоль межреберья, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: икота, межреберная невралгия, заболевания органов дыхания, молочной железы.

RP(IV)19 (сюн-сян)

Топография: в III межреберье, на 6 цуней кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую и малую грудную мышцу, переднюю зубчатую мышцу, межреберные мышцы; здесь проходят ветви латеральной грудной и межреберной артерий, грудных вен, длинного грудного нерва, латеральная кожная ветвь передних ветвей третьего грудного нерва (см. рис. 75).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, вдоль межреберья, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: икота, дисфагия, боль в груди и в области спины, заболевания органов дыхания.

RP(IV)20 (чжоу-жун)

Топография: во II межреберье, на 6 цуней кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную мышцу, глубже которой находятся малая грудная и межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной и наивысшей межреберной артерий, наивысшей межреберной вены, длинного грудного нерва, латеральная кожная ветвь передних ветвей второго грудного нерва (см. рис. 75).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, вдоль межреберья, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: икота, дисфагия, анорексия, боль в груди, заболевания органов дыхания.

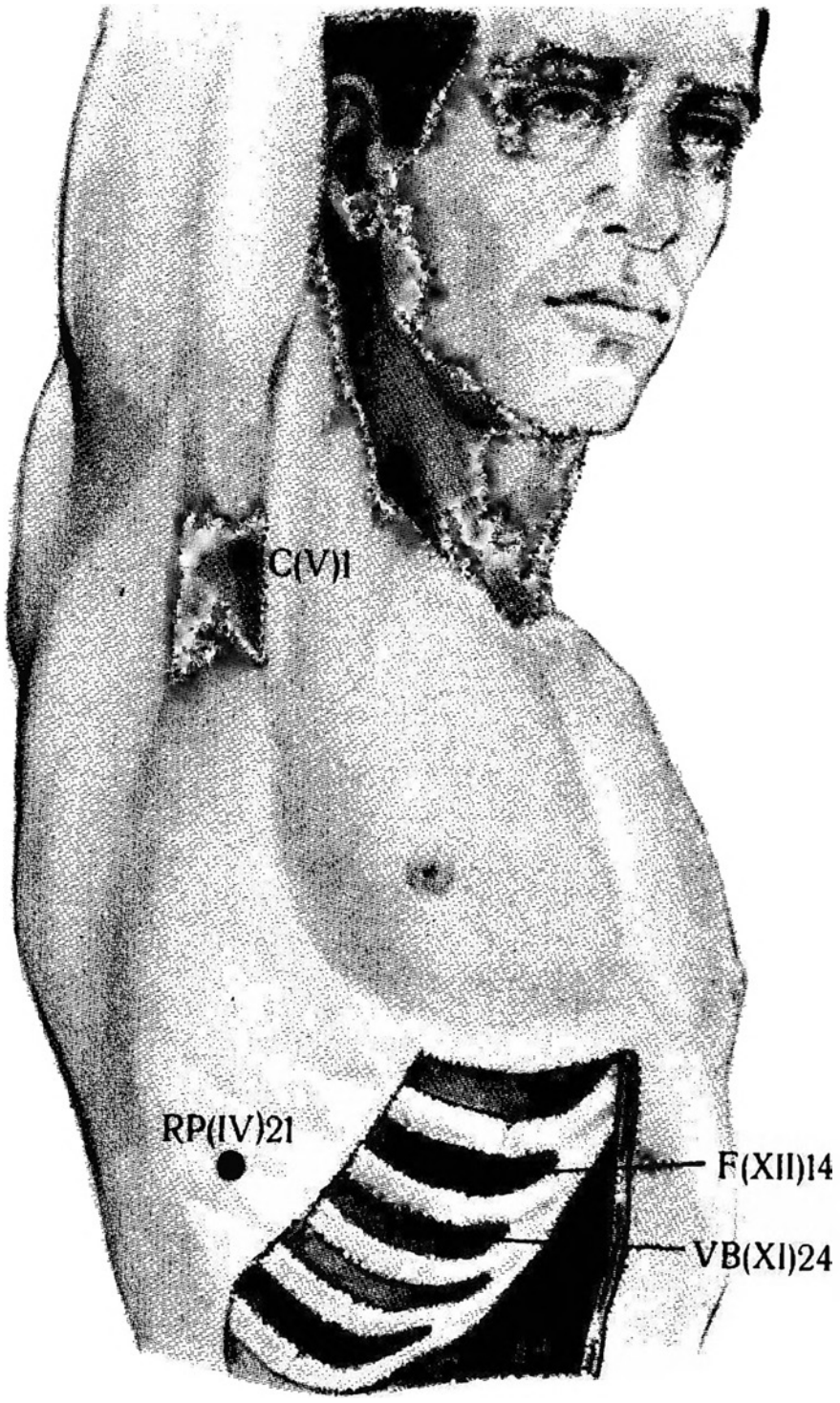


Рис. 76. Локализация точек RP(IV)21 (да-бао), C(V)1 (цзи-цюань), VB(XI)24 (жи-юе), F(XII)14 (ци-мэнь).

RP(IV)21 (да-бао)

Топография: в VII межреберье, по средней подмышечной линии (рис. 76); проецируется на переднюю зубчатую мышцу, иннервируемую длинным грудным нервом плечевого сплетения; здесь проходят ветви латеральной грудной и межреберной артерий, грудных вен, латеральная кожная ветвь передних ветвей седьмого грудного нерва (см. рис. 76, 134).

Определяется в положении лежа на боку или сидя с поднятой рукой.

Техника: укол наклонный, по направлению кзади и несколько кверху вдоль межреберья, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: диспепсические явления, боль в груди, заболевания органов дыхания.

Меридиан V (сердца)

Относится к системе меридианов инь руки. Центробежный, парный. Насчитывает 9 точек акупунктуры (рис. 77). Первая (C(V)1) располагается в области подмышечной ямки. В области плеча (C(V)2) ход меридиана соответствует внутреннему краю двуглавой мышцы. Пересекая медиальный отдел локтевого сгиба (C(V)3), меридиан по переднемедиальной (внутреннелоктевой) стороне предплечья (C(V)4—C(V)7) спускается на ладонную поверхность кисти, где соответственно локализации двух последних точек (C(V)8, C(V)9) проходит промежуток между IV и V пястными костями и заканчивается у лучевого края корня ногтя V пальца.

Время максимальной активности меридиана с 11 до 13 ч.

Стандартные пункты: точка входа — C(V)1 (цзи-цюань); тонизирующая точка — C(V)9 (шао-чун); седативная точка — C(V)7 (шэнь-мэнь); точка-пособник — C(V)7 (шэнь-мэнь); стабилизирующая точка — C(V)5 (тун-ли); сочувственная точка — V(VII)15 (синь-шу); точка-глашатай — J(XIV)14 (цзюй-цюе); точка выхода — C(V)9 (шао-чун).

C(V)1 (цзи-цюань)

Топография: в центре подмышечной ямки, кнутри от подмышечной артерии (см. рис. 76); проецируется в месте перехода подмышечной артерии в плечевую, здесь же проходят локтевой и срединный нервы, медиальный кожный нерв предплечья, ветви медиального кожного нерва плеча и межреберного нерва.

При определении рука в положении отведения.

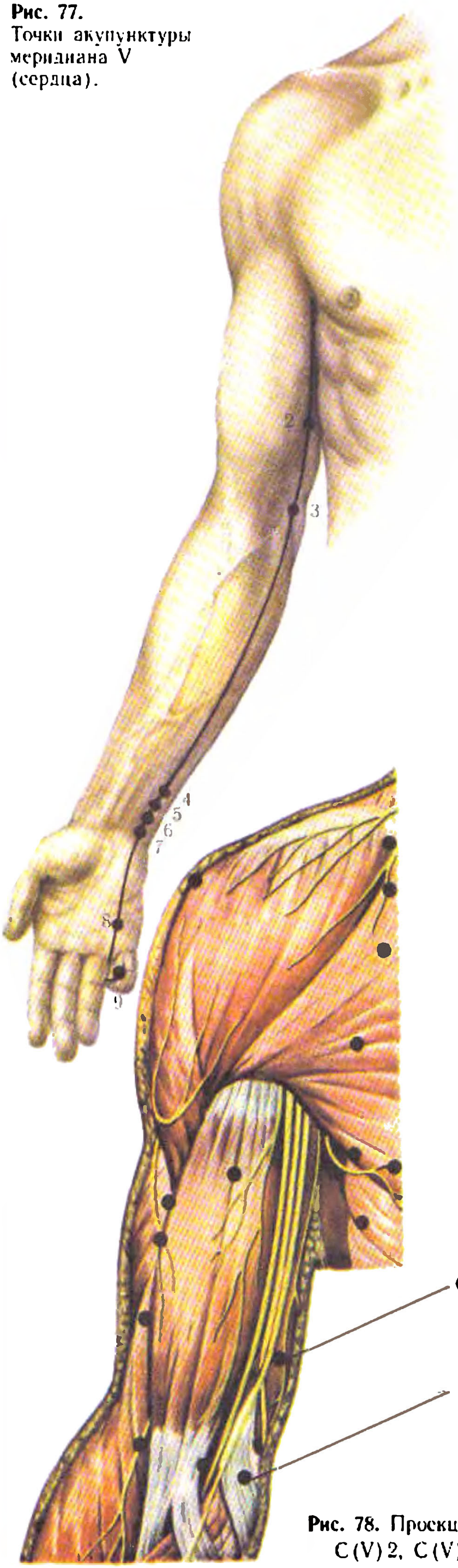
Техника: укол наклонный, в обход артерии, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания сердца, истерия, депрессия, поражение плечевого сплетения, межреберная невралгия, боль в области плеча, судороги мышц груди и подмышечной области.

C(V)2 (цин-лин)

Топография: у внутреннего края двуглавой мышцы плеча, на 3 цуня выше локтевого сгиба; проецируется на плечевую мышцу, иннервируемую мышечно-кожным

Рис. 77.
Точки акупунктуры меридиана V (сердца).



нервом; здесь подкожно проходят медиальная подкожная вена руки, ветви плечевой артерии и вены, медиального кожного нерва плеча, в глубине — плечевая артерия и вена, срединный и локтевой нерв, медиальный кожный нерв предплечья (рис. 78). При определении плечо в положении отведения.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы не более 10 мм (иглоукалывание проводится редко из-за опасности повреждения сосудисто-нервного пучка); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: боль в области сердца, головная боль, межреберная невралгия, чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей.

C(V)3 (шао-хай)

Топография: в медиальном отделе складки локтевого сгиба, во впадине кпереди и кнаружи от медиального надмыщелка плечевой кости; проецируется в месте прикрепления плечевой мышцы; здесь проходят нижняя локтевая коллатеральная

Рис. 78. Проекции точек акупунктуры C(V)2, C(V)3 в области плеча.

артерия, медиальная подкожная вена руки, локтевая возвратная артерия, ветви медиальных кожных нервов плеча и предплечья (см. рис. 78).

При определении рука согнута в локтевом суставе, обращена ладонью кверху.

Техника: укол несколько наклонный, по направлению кнаружи, глубина введения иглы 10 мм (рис. 79); продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания сердца, головная, зубная боль, головокружение, психические нарушения, заболевания локтевого сустава.

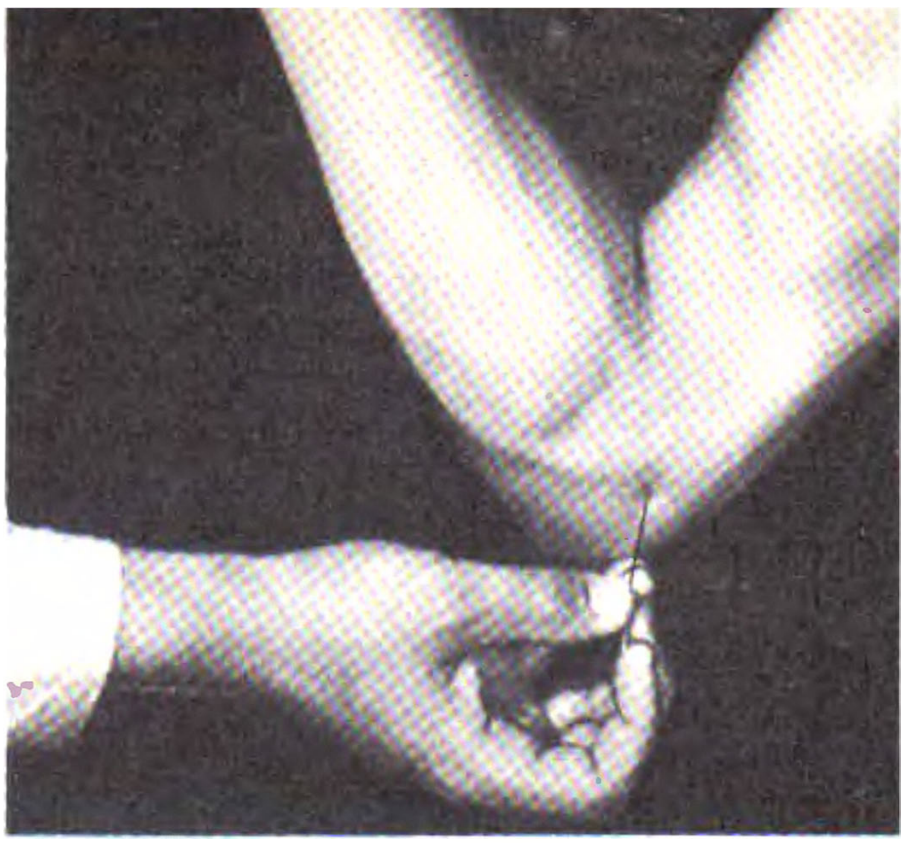


Рис. 79. Введение акупунктурной иглы в точку C(V)3 (шао-хай).

C(V)4 (лин-дао)

Топография: у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя запястья, на 1,5 цуня выше точки C(V)7 (шэнь-мэнь); здесь проходит локтевая артерия, медиальная подкожная вена руки, локтевой нерв, медиальный кожный нерв предплечья (рис. 80).

При определении рука обращена ладонью кверху.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания сердца, истерия, депрессия, нарушение сна, поражение локтевого нерва, боль в локтевом и лучезапястном суставах.

C(V)5 (тун-ли)

Топография: у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя запястья, на 1 цунь выше точки C(V)7 (шэнь-мэнь); проекция и определение те же, что и точки C(V)4 (лин-дао) (см. рис. 80).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания сердца, головная боль, головокружение, артериальная гипотензия, неврозы, поражение локтевого нерва, судороги мышц верхней конечности.

C(V)6 (инь-си)

Топография: у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя запястья, на 0,5 цуня выше точки C(V)7 (шэнь-мэнь); проекция и определение те же, что и двух предыдущих точек (см. рис. 80).

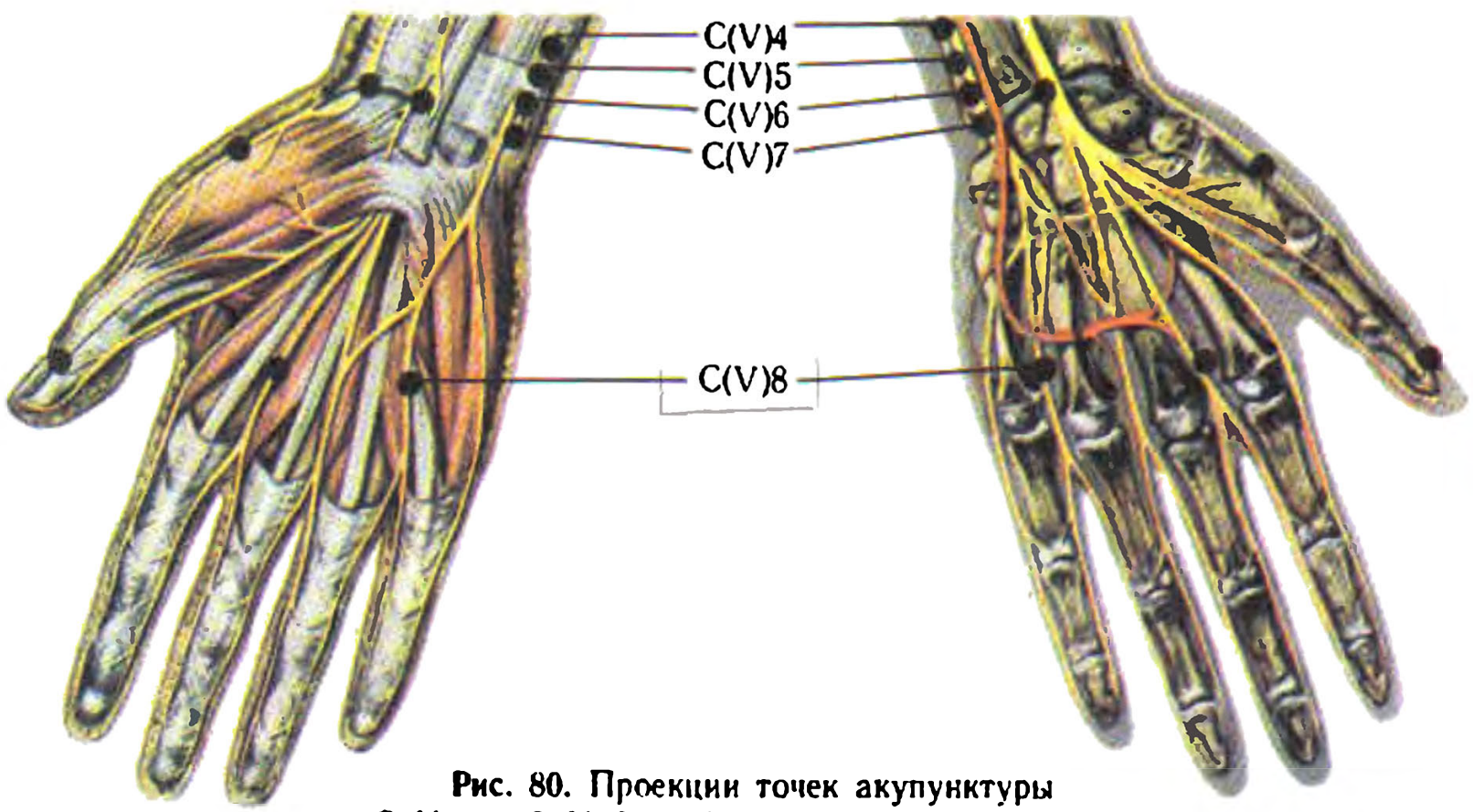


Рис. 80. Проекции точек акупунктуры C(V)4 — C(V)8 в области предплечья и кисти.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: сердцебиение, тонзиллит, носовое кровотечение, головная боль, головокружение, икота, астения у лиц пожилого возраста.

C(V)7 (шэнь-мэнь)

Топография: во впадине между гороховидной и локтевой костью, на поперечной кожной складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя запястья; здесь проходит локтевая артерия и локтевой нерв, медиальный кожный нерв предплечья и ладонная кожная ветвь локтевого нерва (см. рис. 80).
При определении рука несколько согнута и ладонью обращена кверху.
Техника: укол прямой (глубина введения иглы до 10 мм) либо под сухожилие локтевого сгибателя запястья в радиальном направлении (рис. 81); продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: важная точка при заболеваниях сердца, неврозах, артериальной гипертензии, нарушении сна и др.

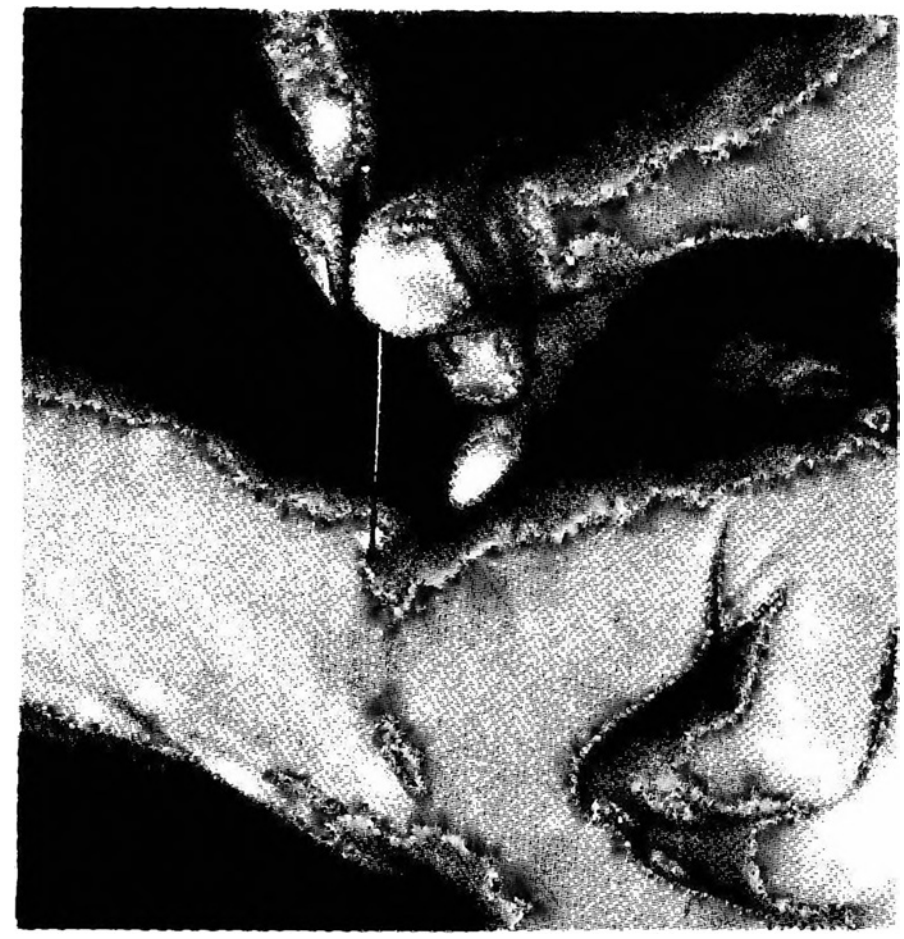


Рис. 81. Введение акупунктурной иглы в точку C(V)7 (шэнь-мэнь).

C(V)8 (шао-фу)

Топография: на ладонной поверхности кисти, в самом широком месте между IV и V пястной костью. Если сжать пальцы в кулак, точка находится в промежутке между кончиками IV и V пальцев (рис. 82), проксимальнее головки пятой пястной кости в прощупываемом углублении; проецируется на ладонный апоневроз, червеобразную и межкостные мышцы; здесь проходят ветви общей ладонной пальцевой артерии, ладонной пальцевой вены, общего ладонного пальцевого нерва, отходящего от локтевого нерва (см. рис. 80).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: неврогенное сердцебиение, боль в области верхних конечностей и плечевого пояса, межреберная невралгия, нарушение мочеиспускания, зуд в области промежности и наружных половых органов.

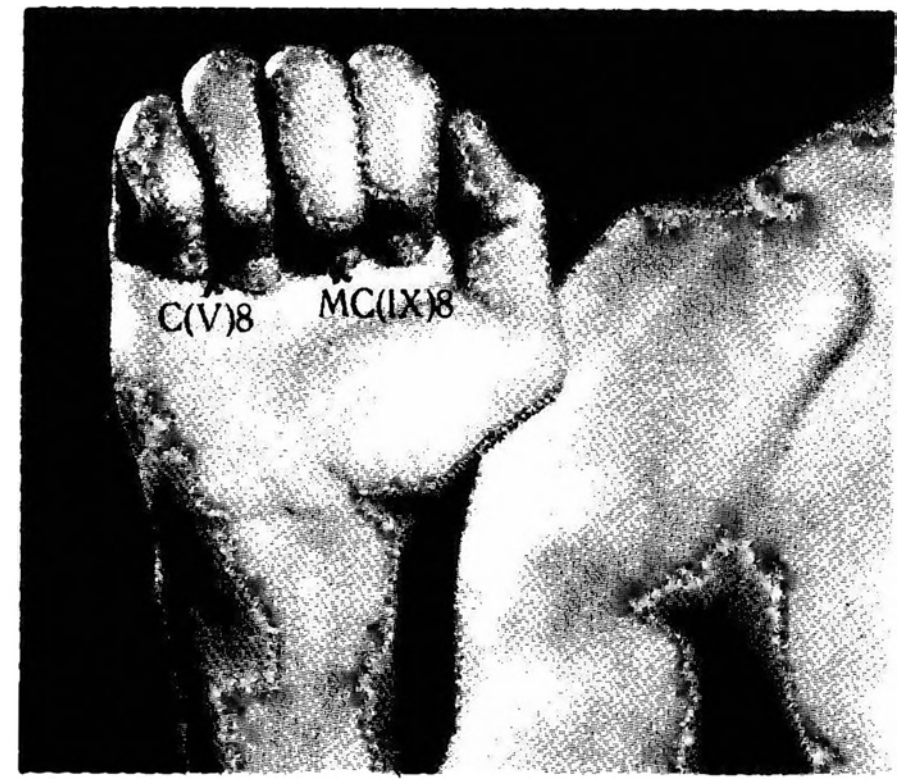


Рис. 82. Прием быстрого определения точек C(V)8 (шао-фу) и MC(IX)8 (лао-гун).

C(V)9 (шао-чун)

Топография: на дистальной фаланге V пальца, примерно на 0,3 см в лучевую сторону от корня ногтя (рис. 83); здесь находятся анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий, ладонные пальцевые вены, тыльная венозная сеть кисти, ветви собственного ладонного пальцевого нерва, относящиеся к системе локтевого нерва.
Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания сердца, депрессия, тревожное состояние, нарушения мозгового кровообращения, потеря сознания, межреберная невралгия, боль в области предплечья и судороги мышц верхних конечностей.

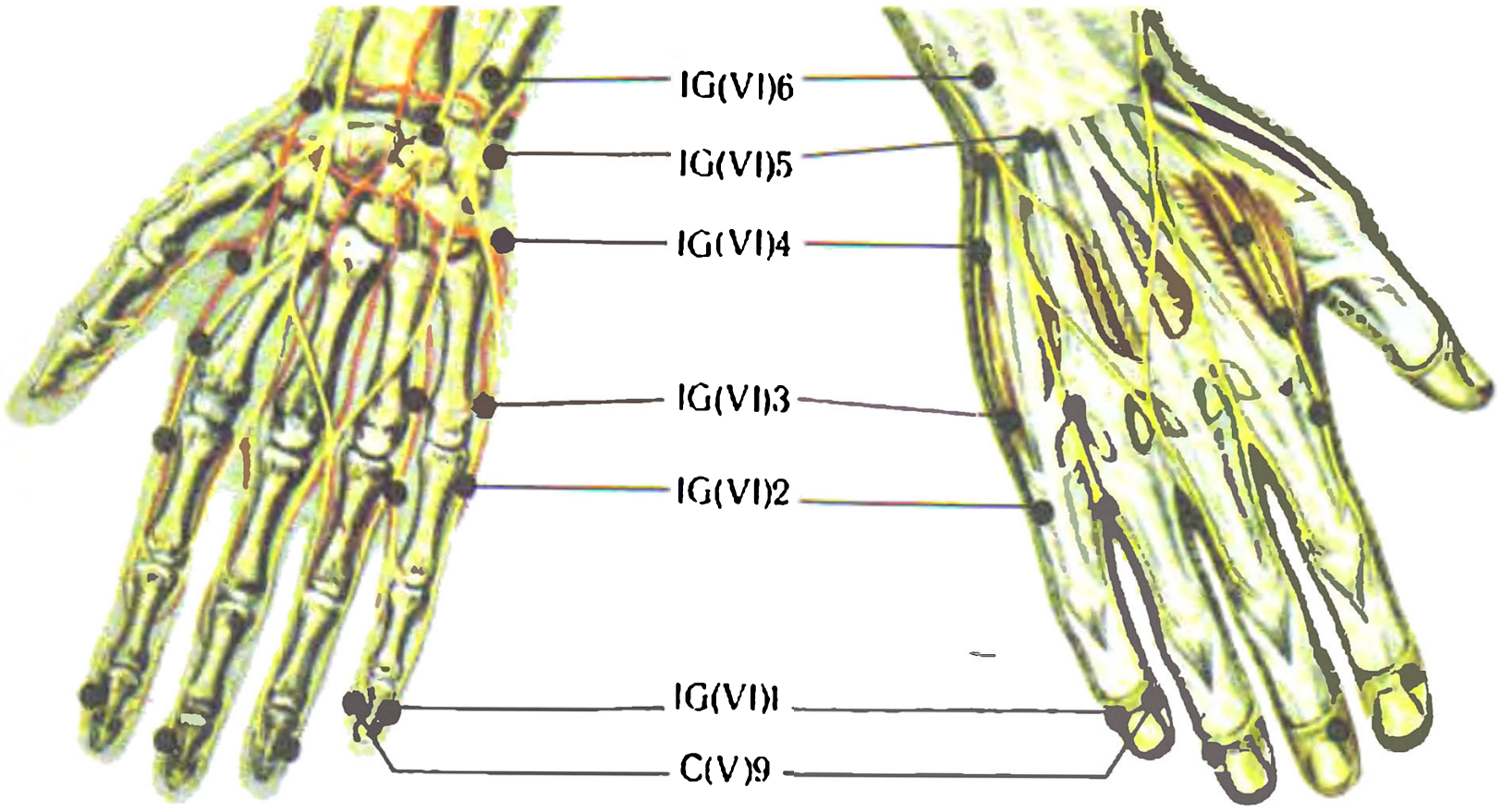


Рис. 83. Проекции точек акупунктуры C(V)9, IG(VI)1—IG(VI)6 в области кисти.

Меридиан VI (тонкой кишки)

Относится к системе меридианов ян руки. Центробежный, парный. Насчитывает 19 точек акупунктуры (рис. 84). Меридиан начинается на дистальной фаланге V пальца и следует вдоль локтевого края кисти (IG(VI)1—IG(VI)5). По заднемедиальной (тыльно-локтевой) поверхности предплечья (IG(VI)6—IG(VI)7) достигает локтевой бороздки между внутренним надмыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости (IG(VI)8). По заднелатеральной поверхности плеча переходит на область лопатки и надплечья, описывая зигзагообразную линию (IG(VI)9—IG(VI)15). Затем меридиан смещается на боковую поверхность шеи (IG(VI)16—IG(VI)17), проходит по поверхности лица до скуловой кости (IG(VI)18), заканчиваясь у ушной раковины, кпереди от козелка (IG(VI)19).

Время максимальной активности меридиана с 13 до 15 ч.

Стандартные пункты: точка входа — IG(VI)1 (шао-цзэ); тонизирующая точка — IG(VI)3 (хоу-си); седативная точка — IG(VI)8 (сяо-хай); точка-пособник — IG(VI)4 (вань-гу); стабилизирующая точка — IG(VI)7 (чжи-чжэн); сочувственная точка — V(VII)27 (сяо-чан-шу); точка-глашатай — J(XIV)4 (гуань-юань); точка выхода — IG(VI)18 (цюань-ляо).

IG(VI)1 (шао-цзэ)

Топография: на дистальной фаланге V пальца кисти, на 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь расположены анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий (ветви локтевой артерии), тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв из системы локтевого нерва (см. рис. 83).

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: функциональные заболевания сердца, кашель, тонзиллит, головная боль, напряжение мышц затылка, боль в области предплечья, гипогалактия, неотложная помощь, пищевые отравления.

IG(VI)2 (цянь-гу)

Топография: на внутреннем (локтевом) крае мизинца, во впадине, которая прощупывается дистальнее пястно-фалангового сустава, на конце кожной складки проксимальной фаланги мизинца (рис. 85); здесь проходят общие ладонные пальцевые артерии, отходящие от локтевой артерии, ладонные пальцевые вены, тыльный пальцевой нерв (ветвь локтевого нерва) (см. рис. 83).

При определении пальцы сжаты в кулак, кисть локтевым краем обращена кнаружи.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3—5 мм; продолжительность тер-



Рис. 84. Точки акупунктуры меридиана VI (тонкой кишки).

мопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: икота, тонзиллит, шум в ушах, головная боль, боль в области предплечья, гипогалактия, эпилепсия.

IG(VI)3 (хоу-си)

Топография: во впадине, прощупываемой проксимальнее головки V пястной кости, на локтевом ее крае (при сжатой в кулак руке точка локализуется на локтевом крае ладонной кожной складки (см. рис. 85); проецируется между мышцей, отводящей мизинец, и V пястной костью; здесь проходят общие ладонные пальцевые артерии, дорсальные пястные вены, тыльный пальцевой нерв из системы локтевого нерва (см. рис. 83).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм (рис. 86); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: судороги мышц шейно-затылочной области, плеча и предплечья, тонзиллит, носовое кровотечение, снижение слуха, заболевания глаз, головная боль, боль в области шеи, плечевого пояса, руки, поясницы, эпилепсия. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

IG(VI)4 (вань-гу)

Топография: на внутреннем (локтевом) крае кисти, в промежутке между основанием V пястной кости и костями запястья; проецируется в месте прикрепления локтевого разгибателя запястья и мышцы, отводящей мизинец; здесь проходят тыльная запястная ветвь локтевой артерии, тыльная



Рис. 85. Локализация точек IG(VI)2 (цянь-гу) и IG(VI)3 (хоу-си).

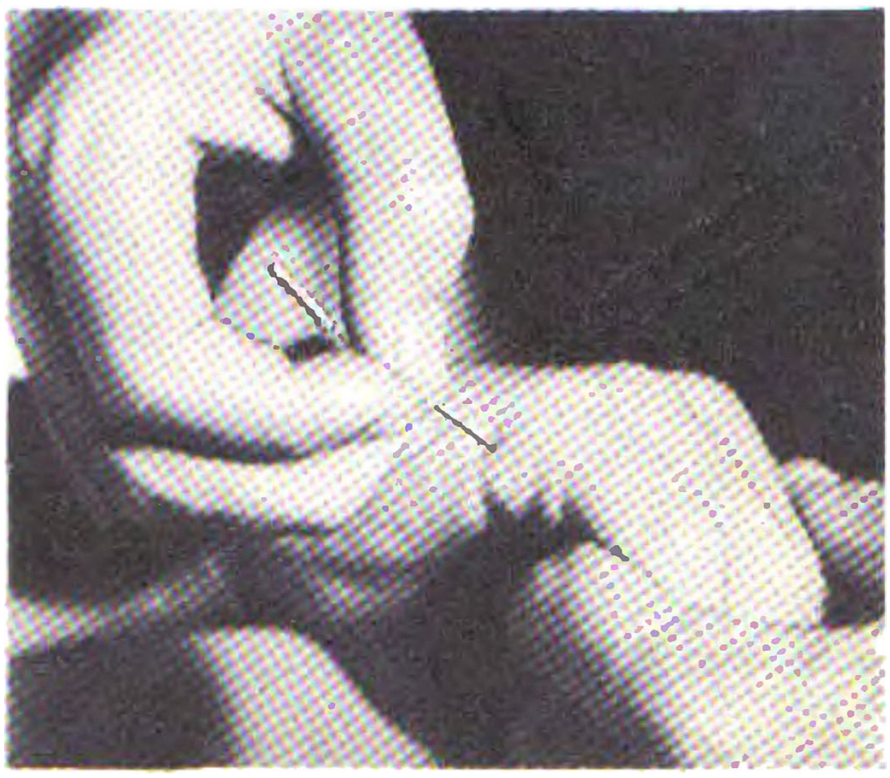


Рис. 86. Введение акупунктурной иглы в точку IG(VI)3 (хоу-си).

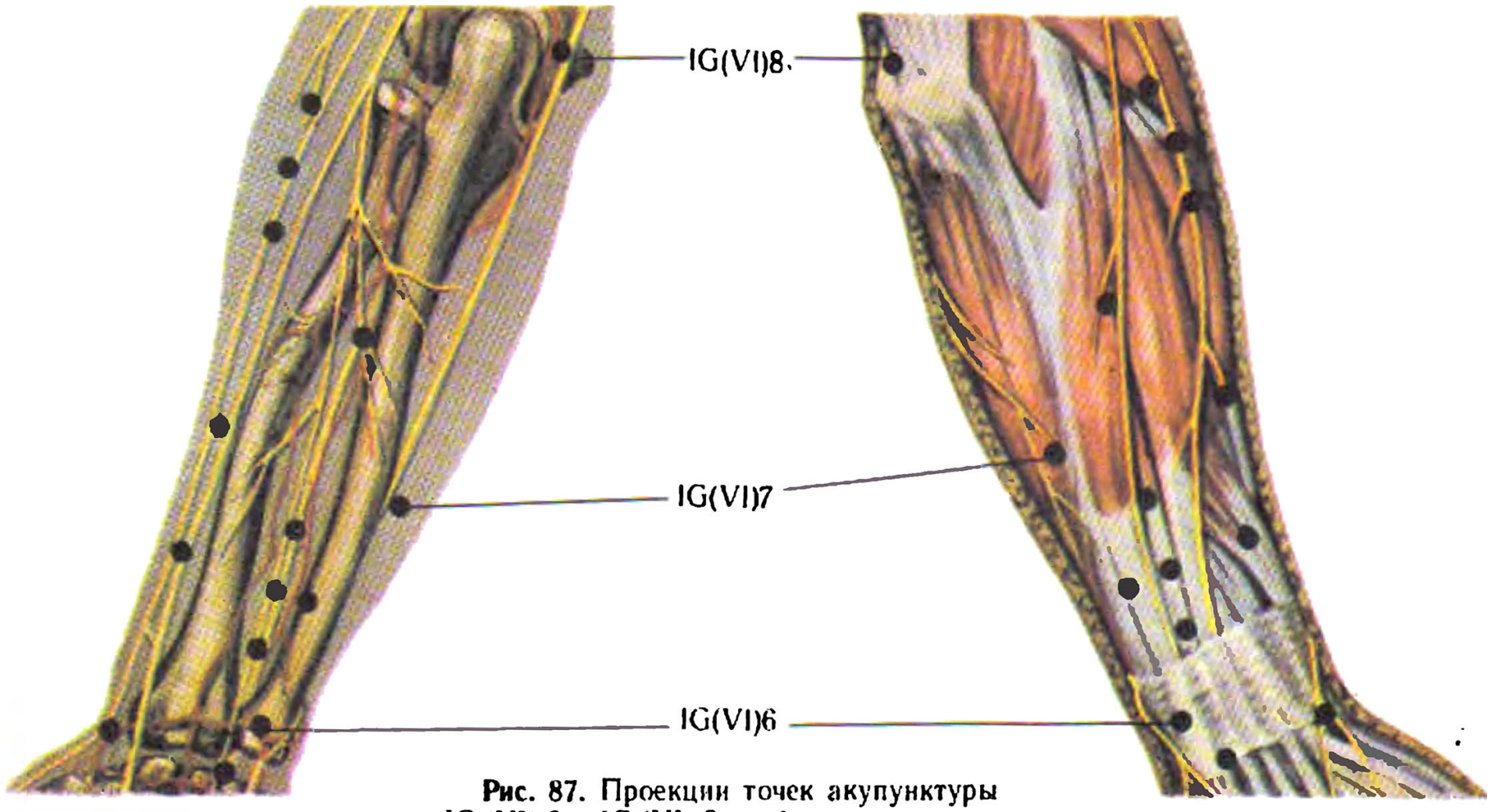


Рис. 87. Проекции точек акупунктуры IG (VI) 6 — IG (VI) 8 в области предплечья.

венозная сеть кисти, тыльные ветви локтевого нерва (см. рис. 83).

При определении кисть выпрямлена.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 5 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: диспепсические явления, поражение суставов рук, головная боль, шум в ушах, заболевания глаз, полости рта, боль в области верхней конечности.

IG(VI)5 (ян-гу)

Топография: на внутреннем (локтевом) крае лучезапястного сустава, в углублении между шиловидным отростком локтевой кости и костями запястья; проецируется на внутренний (локтевой) край сухожилия локтевого разгибателя запястья; здесь проходят тыльная запястная ветвь локтевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, тыльные ветви локтевого нерва (см. рис. 83).

При определении рука согнута в лучезапястном суставе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы около 5 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: головокружение, снижение слуха, шум в ушах, стоматит, зубная боль, боль в области предплечья, эпилепсия.

IG(VI)6 (ян-лао)

Топография: на 1 цунь выше точки IG(VI)5 (ян-гу) над тыльной поверхностью локтевой кости; проецируется на шиловидный отросток головки локтевой кости, между сухожилиями локтевого разгибателя запястья и разгибателя мизинца, здесь проходят ветви локтевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, тыльная ветвь локтевого нерва, задний кожный нерв предплечья (ветвь лучевого нерва) (см. рис. 83, 87).

При определении рука согнута в локтевом суставе, обращена ладонью книзу.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей, головная боль, снижение зрения.

IG(VI)7 (чжи-чжэн)

Топография: на 5 цуней выше лучезапястного сустава, на линии, соединяющей точки IG(VI)5 (ян-гу) и IG(VI)8 (сяохай), у внутреннего (локтевого) края локтевого разгибателя запястья; здесь проходят ветви задней межкостной артерии, медиальной подкожной вены руки, заднего (отходящего от лучевого нерва) и медиального (относящегося к плечевому сплетению) кожных нервов предплечья (см. рис. 87).

При определении положение руки такое же, как и в предыдущем случае.

Техника: укол прямой или наклонный, глубина введения иглы 10 мм (рис. 88);

продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: психические нарушения, неврастения, головная боль, головокружение, чувствительные и двигательные нарушения в области верхней конечности.

IG(VI)8 (сяо-хай)

Топография: в локтевой бороздке, между внутренним надмыщелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой кости; проецируется у начала локтевого сгибателя запястья; здесь проходят локтевой нерв, ветви артериальной локтевой суставной сети, локтевых и плечевых вен, медиальные кожные нервы плеча и предплечья (см. рис. 87, 89).

При определении рука согнута в локтевом суставе.

Техника: укол наклонный, по ходу локтевой бороздки, глубина введения иглы около 5 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания кишок, зубная боль, гингивит, снижение слуха, шум в ушах, поражение локтевого нерва, судороги.

IG(VI)9 (цзянь-чжэнь)

Топография: между плечевой костью и лопаткой, на 1 цунь выше заднего края подмышечной складки, у заднего края дельтовидной мышцы (рис. 89); проецируется на большую круглую мышцу, иннервируемую подлопаточным нервом; здесь проходят задняя артерия, огибающая плечевую кость, плечевые вены, подмышечный нерв с его более поверхностно расположенной чувствительной ветвью — верхним латеральным кожным нервом плеча, латеральные кожные ветви второго грудного нерва (см. рис. 89, 98).

При определении рука опущена и прижата к туловищу.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: снижение слуха, шум в ушах, головная боль, боль в лопаточной области, заболевания суставов рук, поражение плечевого сплетения.

IG(VI)10 (нао-шу)

Топография: во впадине у нижнего края ости лопатки, выше точки IG(VI)9



Рис. 88. Введение акупунктурной иглы в точку IG(VI)7 (чжи-чжэн).

(цзянь-чжэнь), на вертикали, проходящей через задний край подмышечной складки; проецируется на дельтовидную мышцу, иннервируемую подмышечным нервом, а также подостную мышцу, иннервируемую надлопаточным нервом; здесь проходят ветви надлопаточной артерии, задней артерии, огибающей плечевую кость, и вены, окружающей плечевую кость, надлопаточной вены, латерального надключичного нерва, относящегося к шейному сплетению, верхний латеральный кожный нерв плеча (ветвь подмышечного нерва) (см. рис. 89, 98).

При определении рука опущена и прижата к туловищу.

Техника: укол прямой или наклонный, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: боль в плечелопаточной и шейно-затылочной области, поражение плечевого сплетения, заболевания плечевого сустава.

IG(VI)11 (тянь-цзун)

Топография: в центре подостной ямки лопатки, под точкой IG(VI)12 (бин-фэн), на горизонтали, проходящей через середину расстояния между точками IG(VI)9 (цзянь-чжэнь) и IG(VI)10 (нао-шу); проецируется на подостную мышцу, иннервируемую надлопаточным нервом; здесь проходят ветви артерии, огибающей лопатку,

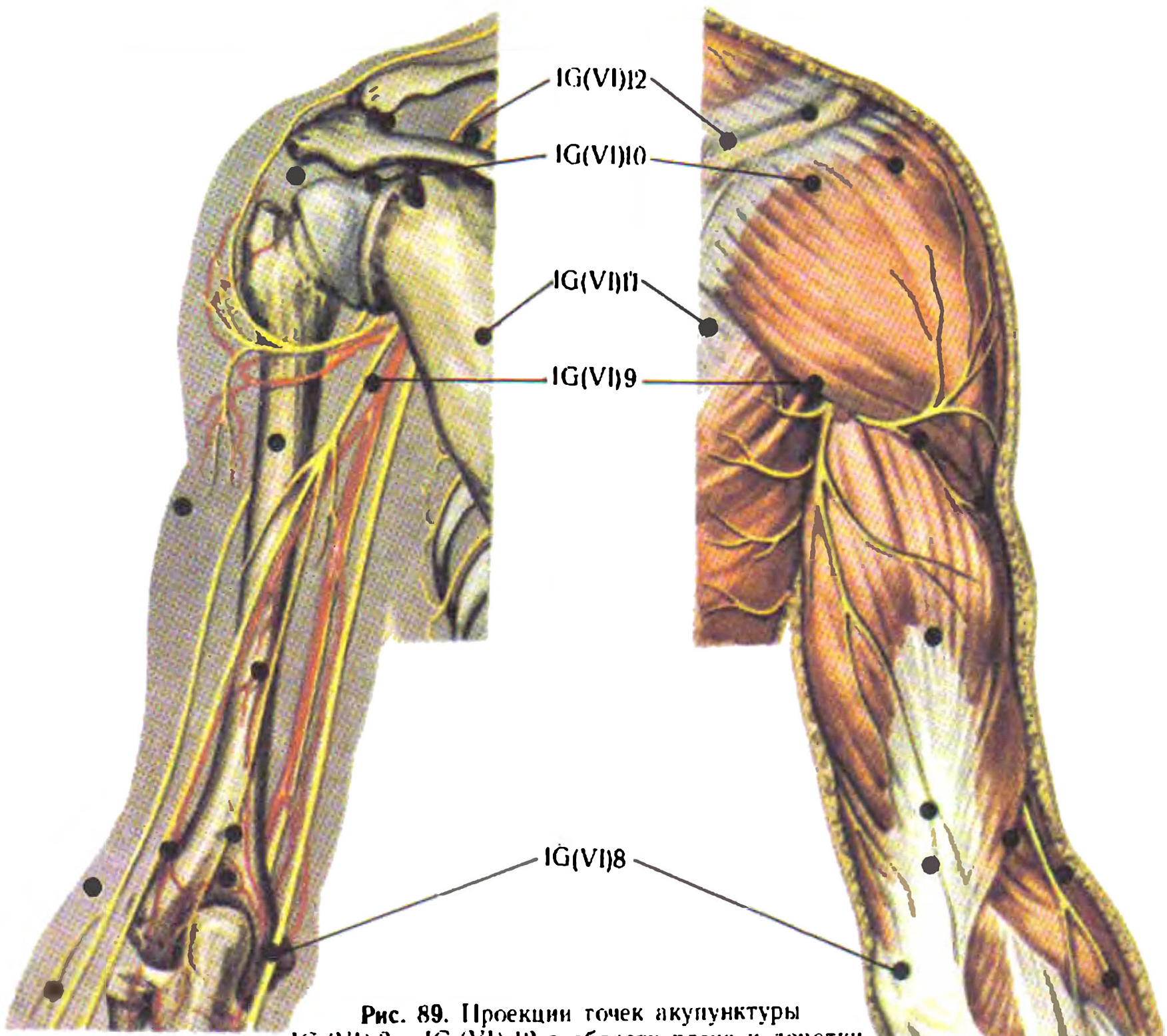


Рис. 89. Проекции точек акупунктуры IG (VI) 8 — IG (VI) 12 в области плеча и лопатки.

вены, окружающие плечевую кость, задние ветви третьего грудного нерва (см. рис. 89, 98).

Определяется в положении лежа на животе или сидя.

Техника: укол наклонный, в латеральном направлении, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в плечелопаточной и шейно-затылочной области, межреберная невралгия, икота.

IG(VI)12 (бин-фэн)

Топография: во впадине над серединой верхнего края ости лопатки; проецируется на трапециевидную мышцу, иннервируемую добавочным нервом, и надостную, иннервируемую надлопаточным нервом; здесь проходят ветви надлопаточной артерии, дорсальной лопаточной вены, надключичных нервов (относящихся к шейному сплетению) (см. рис. 89, 98).

Определяется в положении сидя, руки скрещены на груди.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в плечелопаточной области, межреберная невралгия, боль в области локтевого сустава.

IG(VI)13 (цюй-юань)

Топография: у верхнего края ости лопатки, под точкой VB(XI)21 (цзянь-цзин), на середине расстояния между точкой IG(VI)10 (нао-шу) и остистым отростком II грудного позвонка; проецируется на трапециевидную и надостную мышцы; здесь проходят нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, поперечные вены шеи, задние ветви второго грудного нерва (см. рис. 98).

Определяется в положении сидя, руки скрещены на груди.

Техника: укол наклонный, глубина введе-

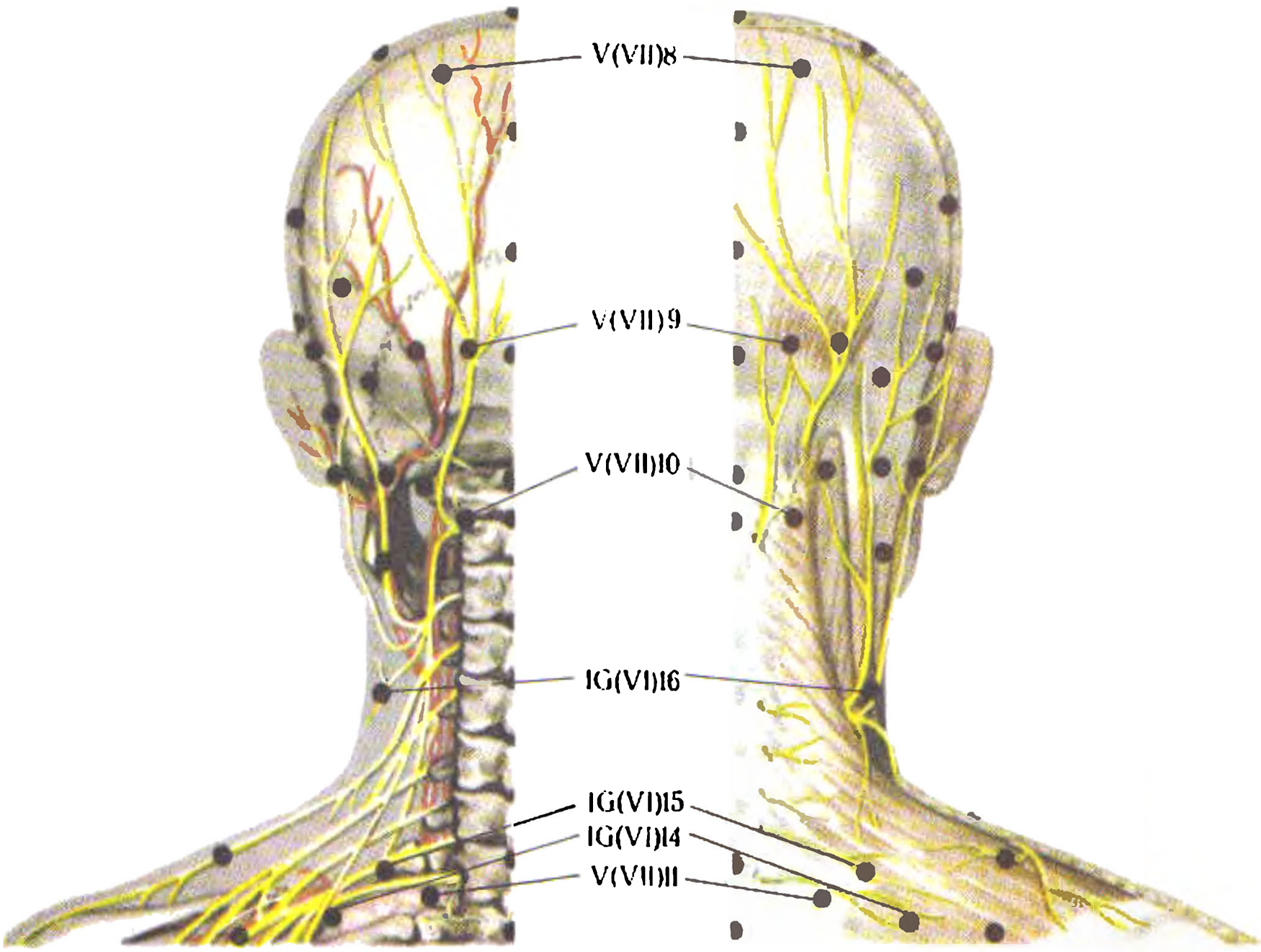


Рис. 90. Проекции точек акупунктуры IG (VI) 14 — IG (VI) 16, V (VII) 8—V (VII) 11 в области головы и шеи.

ния иглы 15—20 мм, продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: поражение мышц верхних конечностей и области лопаток, боль в шейно-затылочной и плечелопаточной области, одышка.

IG(VI)14 (цзянь-вай-шу)

Топография: на второй боковой линии спины, проходящей через внутренний край лопатки, на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка I грудного позвонка; проецируется на трапециевидную мышцу, мышцу, поднимающую лопатку, и малую ромбовидную, иннервируемые дорсальным нервом лопатки (относящимся к плечевому сплетению); здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, поперечные вены шеи, задние ветви седьмого и восьмого шейных нервов, первого грудного нерва (см. рис. 90, 98).

Определяется в положении сидя, руки скрещены на груди, голова наклонена вперед.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы около 20 мм (рис. 91), продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: поражение мышц верхней конечности, лопаточной области, боль по задней поверхности плеча, плечевого пояса, заболевания органов дыхания, неврастения, артериальная гипотензия.



Рис. 91. Введение акупунктурной иглы в точку IG(VI)14 (цзянь-вай-шу).

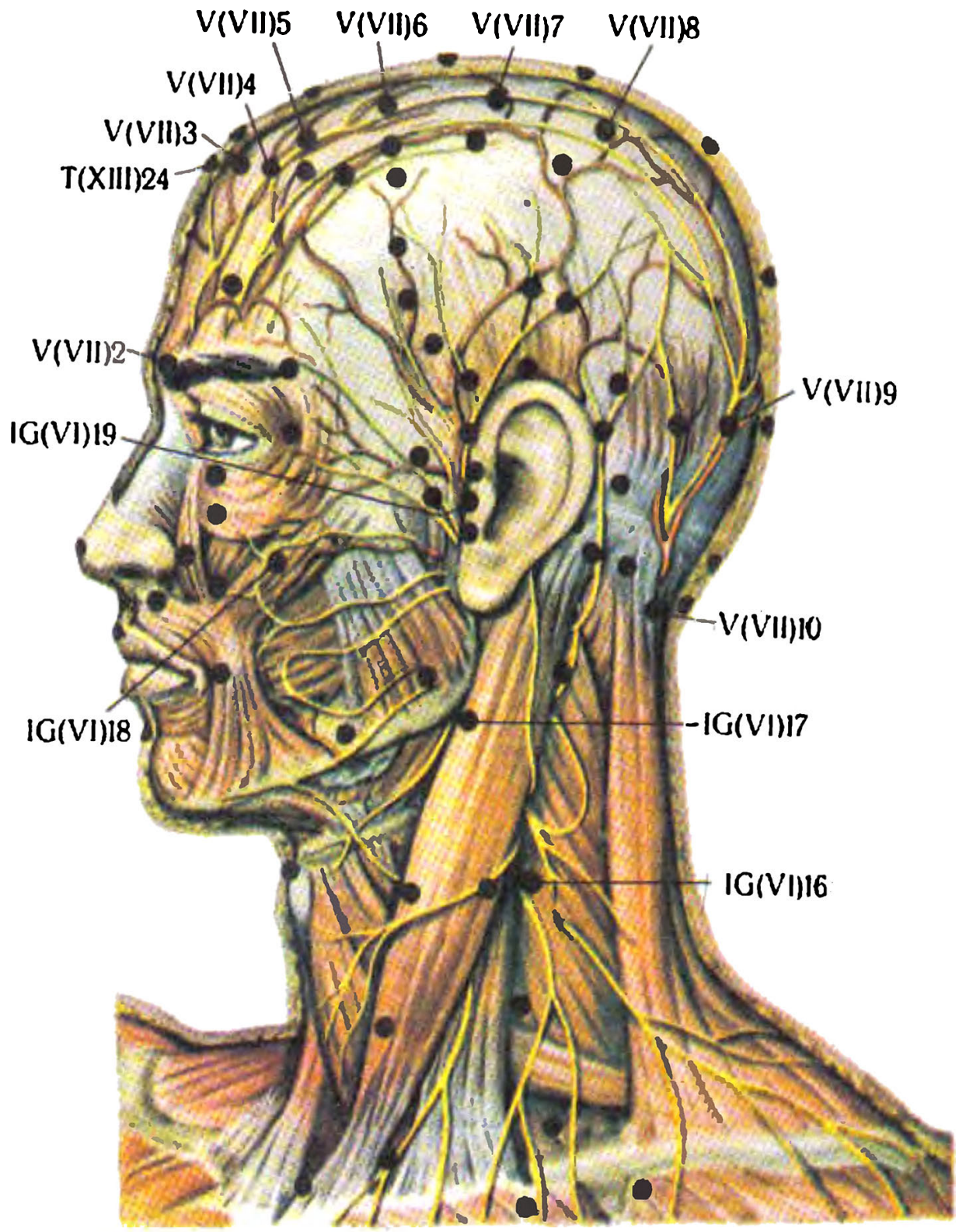


Рис. 92. Проекции точек акупунктуры IG (VI) 16—IG (VI) 19, V (VII) 2—V (VII) 10, T (XIII) 24 в области головы и шеи.

IG(VI)15 (цзянь-чжун-шу)

Топография: на 2 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VII шейного позвонка или на середине расстояния между точками VB(XI)21 (цзянь-цзин) и T(XIII)14 (да-чжуй); проецируется на трапециевидную мышцу (иннервируется добавочным нервом), мышцу, поднимающую лопатку, и малую ромбовидную мышцу (иннервируются дорсальным нервом лопатки); здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, поперечные вены шеи, задние ветви седьмого и восьмого шейных нервов (см. рис. 90, 98).

Определяется так же, как точка IG(VI)14 (цзянь-вай-шу)

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания органов дыхания, боль в шейно-затылочной и лопаточной области, головная боль, головокружение, нарушения мозгового кровообращения, снижение зрения.

IG(VI)16 (тянь-чуан)

Топография: на заднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на горизонтальном уровне выступа гортани (уровень точек E(III)9 (жэнь-ин) и GI(II)18 (фу-ту) (рис. 92); проецируется у места выхода из-под грудино-ключично-сосцевидной мышцы поперечного нерва шеи, большого ушного и надключичных нервов (ветви шейного сплетения), а также добавочного нерва; здесь проходят ветви восходящей шейной артерии (от щитошейного ствола), поперечные вены шеи, ветви поперечного нерва шеи (см. рис 90, 92)

Определяется в положении сидя.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы не более 10 мм, в положении лежа на спине с повернутой на бок головой (как при иглоукалывании в точку GI(II)17

(тянь-дин) — см. рис. 55); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: боль в области шеи и лопатки, одышка, заболевания полости рта, глотки и гортани, шум в ушах, снижение слуха.

IG(VI)17 (тянь-жун)

Топография: кзади от угла нижней челюсти, на переднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы; проецируется у заднего края околоушной железы; здесь в глубине проходит внутренняя яремная вена и внутренняя сонная артерия, глубже находится верхний узел симпатического ствола, поверхностно расположены ветви наружной яремной вены, большого ушного нерва (см. рис. 92).
Определяется в положении сидя.
Техника: укол прямой, перпендикулярно к передней поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы (осторожно — не повредить сосуды!), на глубину 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: одышка, заболевания глотки и гортани, боль в шейно-затылочной области, кривошея, шум в ушах, снижение слуха.

IG(VI)18 (цюань-ляо

Топография: во впадине у нижнего края тела скуловой кости, на вертикальной линии, опущенной от наружного угла глаза; проецируется на начальную часть жевательной мышцы, иннервируемую тройничным нервом, а также на большую скуловую мышцу; здесь проходят поперечная артерия лица, отходящая от поверхностной височной артерии, поперечная вена лица, скуловые ветви лицевого нерва, щечный нерв, относящийся к системе тройничного нерва (см. рис. 92, 95).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: поражение лицевых мышц, зубная боль, боль в области лица.



Рис. 93. Введение акупунктурной иглы в точку IG(VI)19 (тин-гун).

IG(VI)19 (тин-гун)

Топография: между козелком ушной раковины и височно-нижнечелюстным суставом, в углублении, которое прощупывается при открывании рта; проецируется на верхний отдел околоушной железы; здесь проходят передние ушные ветви поверхностной височной артерии, поверхностные височные вены, ветви лицевого нерва, ушно-височного нерва, отходящего от нижнечелюстного нерва (третья ветвь тройничного нерва), в глубине — поверхностная височная артерия (см. рис. 92).
Техника: укол прямой (рис. 93), глубина введения иглы 5—10 мм (во время введения иглы рот пациента открыт); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: шум в ушах, снижение слуха, воспаление наружного слухового прохода, афония, зубная боль.

Меридиан VII (мочевого пузыря)

Относится к системе меридианов ян ноги. Центробежный, парный. Насчитывает 67 точек акупунктуры (рис. 94, *а, б*).

Меридиан начинается у внутреннего угла глаза, поднимается на область лба, проходит теменную и затылочную области (V(VII)1—V(VII)9). На задней поверхности шеи (V(VII)10) меридиан разделяется на две ветви (V(VII)11—V(VII)40 и V(VII)41—V(VII)54), которые следуют по первой и второй боковым линиям спины (соответственно на 1,5 и 3 цуня кнаружи от срединной линии), пересекают ягодичную область и по задней поверхности бедра достигают подколенной ямки, где соединяются. По задней поверхности голени (V(VII)54—V(VII)59) меридиан спускается до латеральной лодыжки, огибая ее

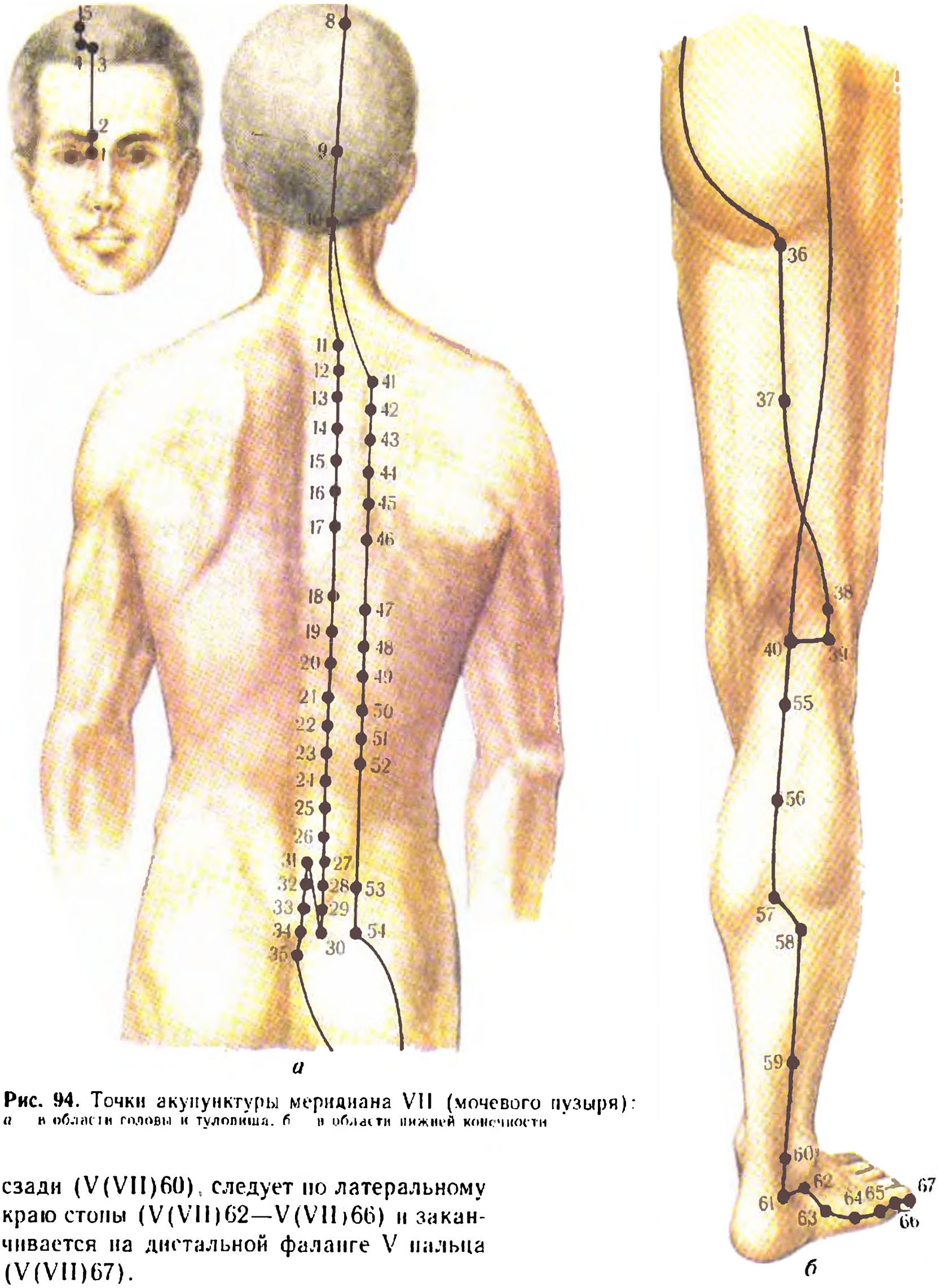


Рис. 94. Точки акупунктуры меридиана VII (мочевого пузыря):
а — в области головы и туловища, *б* — в области нижней конечности

сзади (V(VII)60), следует по латеральному краю стопы (V(VII)62—V(VII)66) и заканчивается на дистальной фаланге V пальца (V(VII)67).

Время максимальной активности меридиана с 15 до 17 ч.

Стандартные пункты: точка входа — V(VII)1 (цин-мин); тонизирующая точка — V(VII)67 (чжи-инь); седативная точка — V(VII)65 (шу-гу); точка-пособник — V(VII)64 (цзин-гу); стабилизирующая точка — V(VII)58 (фэй-ян); сочувственная точка — V(VII)28 (пан-гуан-шу); точка-глашатай — J(XIV)3 (чжун-цзи); точка выхода — V(VII)67 (чжи-инь).

V(VII)1 (цин-мин)

Топография: в углублении кнутри и несколько кверху от внутреннего угла глаза (примерно на 0,3 см); проецируется на медиальную связку века; здесь проходят угловая артерия, отходящая от лицевой артерии, угловая вена, подблоковой, надблоковой и носоресничный нервы (ветви глазного нерва из системы тройничного нерва) (рис. 95).

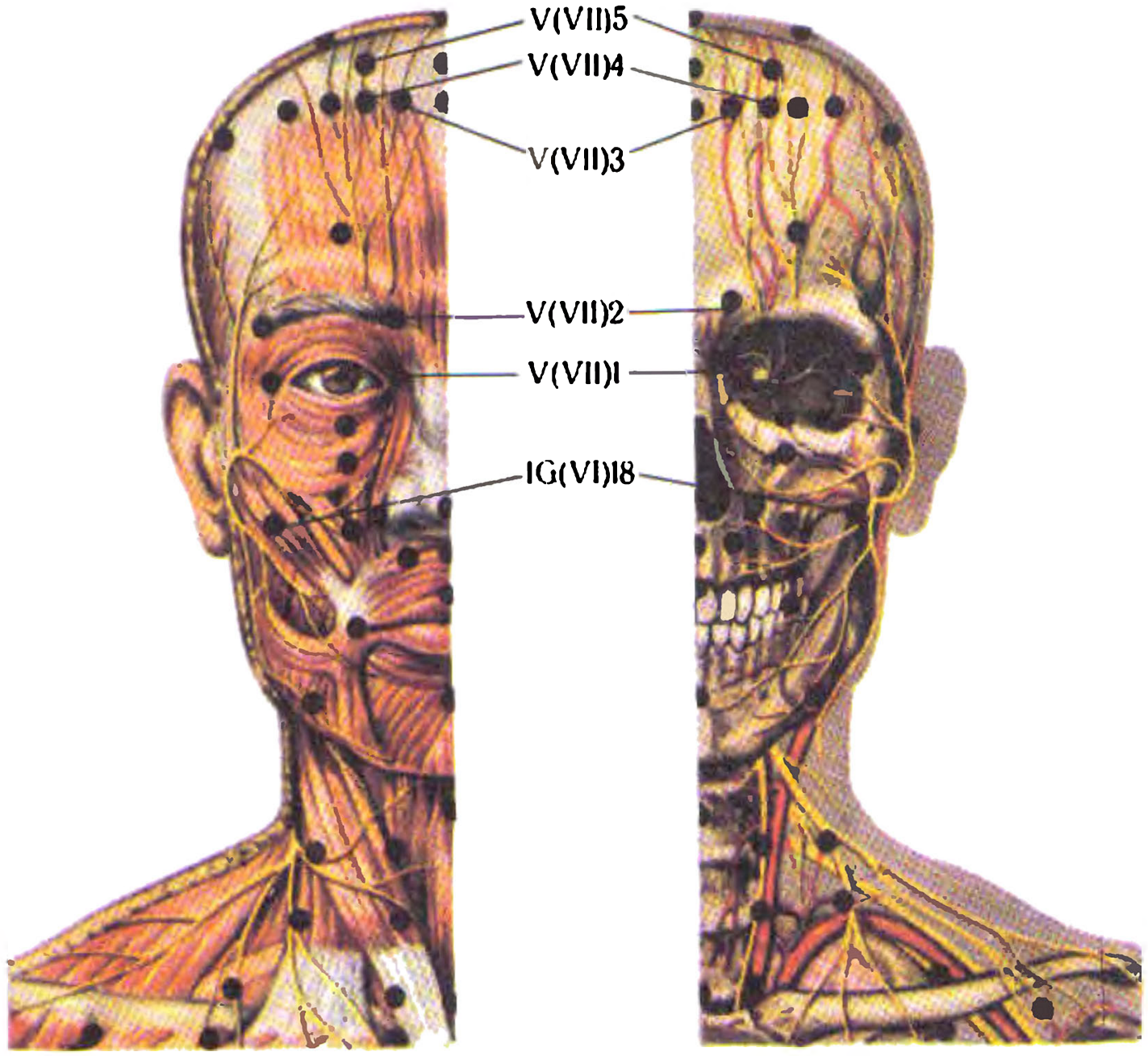


Рис. 95. Проекции точек акупунктуры IG(VI)18, V(VII)1—V(VII)5 в области головы.

Определяется в положении лежа на спине или сидя, глаза закрыты.

Техника: слегка прижав внутренний угол глаза кончиком пальца, производят прямой укол (рис. 96), глубина введения иглы 3—5 мм, термопунктура противопоказана.

Показания: заболевания глаз, головная боль, заболевания носа.

V(VII)2 (цуань-чжу)

Топография: над точкой V(VII)1 (цинмин), в углублении у начала брови; проецируется на внутренневерхний край глазницы, на лобную мышцу, на мышцу, сморщивающую бровь, иннервируемые лицевым нервом; здесь проходят надблоковая артерия, отходящая от глазной артерии, ветви лобной артерии, надглазничной вены и лобного нерва (ветви глазного нерва из системы тройничного нерва) (см. рис. 92, 95).

Техника: укол почти горизонтальный, вдоль брови (кожу захватывают в складку), глубина введения иглы 5—6 мм; термопунктура противопоказана.

Показания: заболевания глаз, головная боль, головокружение, боль в области лица, поражение мышц лица.

V(VII)3 (мэй-чун)

Топография: над точкой V(VII)2 (цуань-чжу), на 0,5 цуня выше передней границы роста волос, на середине расстояния между точками T(XIII)24 (шэнь-тин) и V(VII)4 (цюй-ча) (рис. 97); проецируется на лобное брюшко надчерепной мышцы; здесь проходят ветви лобной артерии, надглазничной вены, лобный нерв (ветвь глазного нерва из системы тройничного нерва) (см. рис. 92, 95).

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кверху, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, головокружение, заболевания глаз, носа, эпилепсия.

V(VII)4 (цюй-ча)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от точки T(XIII)24 (шэнь-тин) и на 0,5 цуня выше передней границы роста волос; проецируется на лобную кость, соответствует лобному брюшку надчерепной мышцы; здесь проходят ветви лобной артерии, над-

глазничной вены и лобного нерва (ветвь глазного нерва из системы тройничного нерва) (см. рис. 92, 95, 97).
При определении учитывается расстояние между двумя точками E(III)8 (тоу-вэй), которое делится на 9 цуней.
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кверху, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, боль в области лица, поражение мышц лица, заболевания глаз, носа.

V(VII)5 (у-чу)

Топография: на 0,5 цуня выше точки V(VII)4 (цюй-ча) и на 1 цунь выше передней границы роста волос, на уровне точки T(XIII)23 (шан-син); проекция та же, что и точки V(VII)4 (цюй-ча) (см. рис. 92, 95, 97).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кверху, глубина введения иглы 5—10 мм, продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, снижение зрения, эпилепсия.

V(VII)6 (чэн-гуань)

Топография: на 1,5 цуня кзади от точки V(VII)5 (у-чу); проецируется на теменную кость; здесь, под сухожильным шлемом головы, проходят ветви поверхностной височной и лобной артерии, поверхностной височной вены, лобного и большого затылочного нерва (см. рис. 92, 97).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, заболевания глаз, носа.

V(VII)7 (тун-тянь)

Топография: на 1,5 цуня кзади от точки V(VII)6 (чэн-гуань) или на 1 цунь кпереди и на 1,5 цуня кнаружи от точки T(XIII)20 (бай-хуэй); проецируется на теменную кость; здесь, под сухожильным шлемом головы, проходят ветви поверхностной височной и затылочной артерий и вен, ветви лобного и большого затылочного нерва (см. рис. 92, 97).



Рис. 96. Введение акупунктурной иглы в точку V(VII)1 (цин-мин).

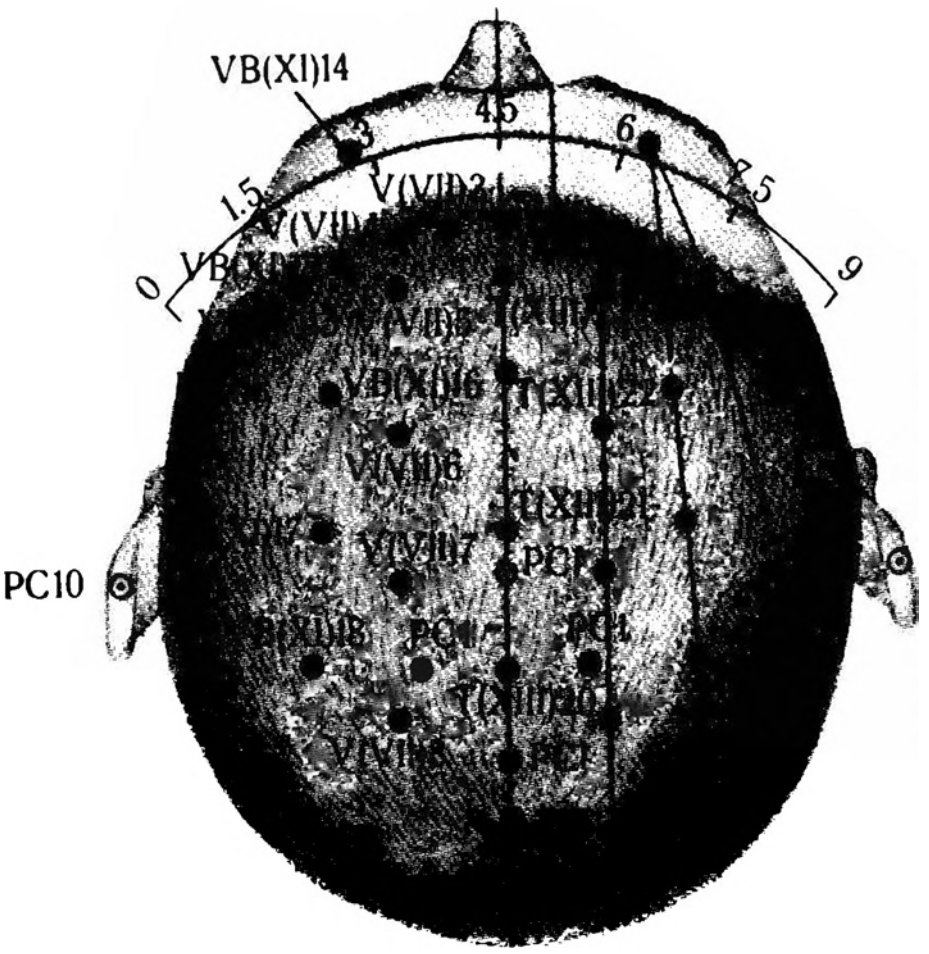


Рис. 97. Локализация точек акупунктуры V(VII)3 — V(VII)8, T(XIII)19—T(XIII)24, PC1, PC10.

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, невралгия тройничного нерва, тик и контрактура мышц вокруг рта, психические нарушения, заболевания носа.

V(VII)8 (ло-цюе)

Топография: на 1,5 цуня кзади от точки V(VII)7 (тун-тянь); проецируется на те-

менную кость; здесь находится сеть анастомозов поверхностной височной и затылочной артерий, проходят ветви затылочной вены, разветвляется большой затылочный нерв (см. рис. 90, 92, 97).

Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, головокружение, шум в ушах, носовое кровотечение, психические нарушения, напряжение мышц шейно-затылочной области.

V(VII)9 (юй-чжэнь)

Топография: кнаружи от верхней границы наружного затылочного выступа, т. е. на поперечной линии, где находится точка T(XIII)17 (нао-ху), на 1,3 цуня от нее (рис. 90); проецируется на затылочную кость, сухожильный шлем у начала затылочного брюшка надчерепной мышцы; здесь проходят ветви затылочной артерии, затылочной вены, большого затылочного нерва (см. рис. 90, 92).

Техника: укол наклонный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: боль в затылочной области, головокружение, невралгия тройничного нерва, снижение зрения, гипоосмия, гипергидроз.

V(VII)10 (тянь-чжу)

Топография: у края трапециевидной мышцы, несколько выше задней границы роста волос, на 1,3 цуня кнаружи от точки T(XIII)15 (я-мэнь), которая располагается на уровне промежутка между I и II шейными позвонками; проецируется на начальный отдел трапециевидной мышцы и более глубоко лежащую полуостистую мышцу головы; здесь проходят ветви затылочной артерии, затылочной вены, большого затылочного и третьего шейного нервов, в этой области соответственно поперечным отросткам шейных позвонков проходит позвоночная артерия (см. рис. 90, 92).

Определяется в положении сидя, голова слегка запрокинута.

Техника: укол прямой, по направлению от края трапециевидной мышцы к глазнице противоположной стороны, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: головная боль, симпаталгии, боль и напряжение мышц шейно-затылочной области, кривошея, неврозы, заболевания глаз, снижение обоняния, носовое кровотечение, ларингит.

V(VII)11 (да-чжу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка I грудного позвонка; проецируется на трапециевидную мышцу, иннервируемую добавочным нервом, малую ромбовидную и верхнюю заднюю зубчатую мышцы (иннервируемые дорсальным нервом лопатки); здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, первой задней межреберной артерии и вены (от наивысшей межреберной артерии и вены), поперечные вены шеи, задние ветви первого грудного нерва (см. рис. 90, 98).

Определяется в положении сидя, голова слегка наклонена (рис. 99).

Техника: укол наклонный, по направлению кнутри, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: головная боль, головокружение, боль и напряжение мышц шейно-затылочной области, заболевания органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, эпилепсия.

V(VII)12 (фэн-мэнь)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II грудного позвонка; проецируется на трапециевидную, большую ромбовидную мышцу (иннервируются соответственно добавочным нервом и дорсальным нервом лопатки); здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, второй задней межреберной артерии и вены (из наивысшей межреберной артерии и вены), поперечные вены шеи, задние ветви второго грудного нерва (см. рис. 98).

Определяется так же, как точка V(VII)11 (да-чжу).

Техника: укол наклонный, по направлению кнутри, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания органов дыхания, боль в области шеи и спины, аллергические состояния.

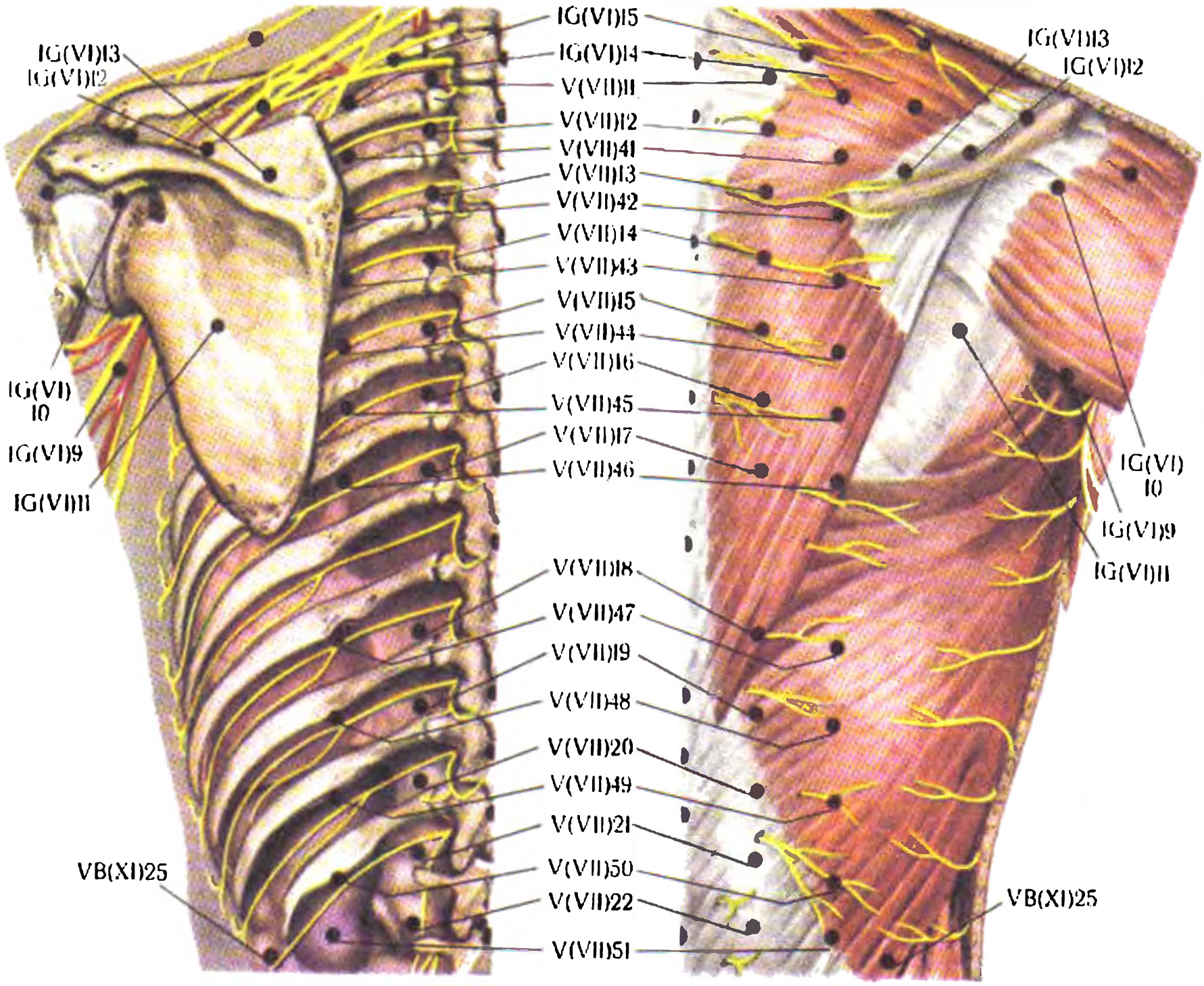


Рис. 98. Проекции точек акупунктуры IG(VI)9—IG(VI)15, V(VII)11—V(VII)22, V(VII)41—V(VII)51, VB(XI)25 в области спины.

V(VII)13 (фэй-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка III грудного позвонка; проецируется на трапециевидную и большую ромбовидную мышцы; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, третьей задней межреберной артерии и вены, задние ветви третьего грудного нерва (см. рис. 98).

Определяется так же, как точка V(VII)11 (да-чжу).

Техника: укол наклонный, по направлению кнутри, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: острые респираторные заболевания, боль в области спины и поясницы, кожный зуд.

V(VII)14 (цзюе-инь-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV грудного позвонка; проецируется на трапециевидную и большую ромбовидную мышцы, более глубоко — на мышцу, выпрямляющую позвоночник (иннервируется задними ветвями грудных нервов); здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, четвертой задней межреберной артерии и вены, задние ветви четвертого грудного нерва (см. рис. 98).

Определяется так же, как точка V(VII)11 (да-чжу).

Техника: укол наклонный, по направлению кнутри, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания сердца, органов дыхания, икота, головная боль.

V(VII)15 (синь-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка V грудного позвонка; проецируется на трапециевидную и мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви пятой задней межреберной артерии и вены, задние ветви пятого грудного нерва (см. рис. 98).

Определяется так же, как точка V(VII)11 (да-чжу).
Техника: укол наклонный, по направлению кнутри, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания сердца, желудка, анорексия, неврозы, эпилепсия.

V(VII)16 (ду-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VI грудного позвонка; проецируется на трапециевидную мышцу, иннервируемую добавочным нервом, и мышцу, выпрямляющую позвоночник (иннервируемую ветвями грудных нервов); здесь проходят ветви шестой задней межреберной артерии и вены, задние ветви пятого и шестого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе.
Техника: укол наклонный, по направлению кнутри, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания сердца, боль в области живота, спины, напряжение мышц затылка.

V(VII)17 (гэ-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VII грудного позвонка; проецируется в нижнем отделе трапециевидной мышцы, на верхний край широчайшей мышцы спины и мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви седьмой задней межреберной артерии и вены, задние ветви шестого и седьмого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе кнутри от нижнего угла лопатки.
Техника: укол наклонный, по направлению медиально, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов дыхания, сердца, желудка, икота, анемия, гипергидроз, крапивница.

V(VII)18 (гань-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IX грудного позвонка; проецируется на нижний край трапециевидной мышцы, широчайшую мышцу спины и мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви девятой задней межреберной артерии и вены, задние ветви восьмого и девятого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания печени, желудочно-кишечные расстройства, боль в груди и подреберье, заболевания глаз, носа.

V(VII)19 (дань-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка X грудного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины и мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви десятой задней межреберной артерии и вены, задние ветви девятого и десятого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желчного пузыря, диспепсические явления, артериальная гипертензия, межреберная невралгия, лихорадка.

V(VII)20 (пи-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка XI грудного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины (иннервируемую подлопаточным нервом), нижнюю заднюю зубчатую мышцу и мышцу, выпрямляющую позвоночник (иннервируемые задними ветвями грудных нервов); здесь проходят ветви одиннадцатой задней межреберной артерии и вены, задние ветви десятого и одиннадцатого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов системы пищеварения, боль в спине.

V(VII)21 (вэй-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка XII грудного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины, нижнюю заднюю зубчатую мышцу и мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви подреберной артерии и вены, задние ветви одиннадцатого грудного и подреберного нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе, под XII ребром.
Техника: укол прямой (рис. 100), глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов системы пищеварения, боль по задней поверхности грудной клетки и в поясничной области.

V(VII)22 (сань-цзяо-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка I поясничного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины, нижнюю заднюю зубчатую мышцу и мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви первой поясничной артерии, первая поясничная вена, задние ветви подреберного и первого поясничного нервов (см. рис. 98, 101).
Определяется в положении сидя или лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов системы пищеварения, люмбалгия, неврастения.

V(VII)23 (шэнь-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка; проецируется на поясничную фасцию, мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви второй поясничной артерии, второй поясничной вены, задние ветви первого поясничного нерва (см. рис. 101).
Определяется в положении сидя или лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, диспепсические явления, люмбалгия.

V(VII)24 (ци-хай-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка III поясничного позвонка; проецируется на поясничную фасцию, мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви третьей поясничной артерии и вены, задние ветви первого и второго поясничных нервов (см. рис. 101).
Определяется в положении сидя или лежа на животе, на пересечении первой боковой линии спины и линии, проведенной через верхний край подвздошных костей.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: люмбалгия, геморрой, астеническое состояние, артериальная гипертензия.



Рис. 99. Оптимальная поза при определении точки V(VII)11 (да-чжу).



Рис. 100. Введение акупунктурной иглы в точку V(VII)21 (вэй-шу).

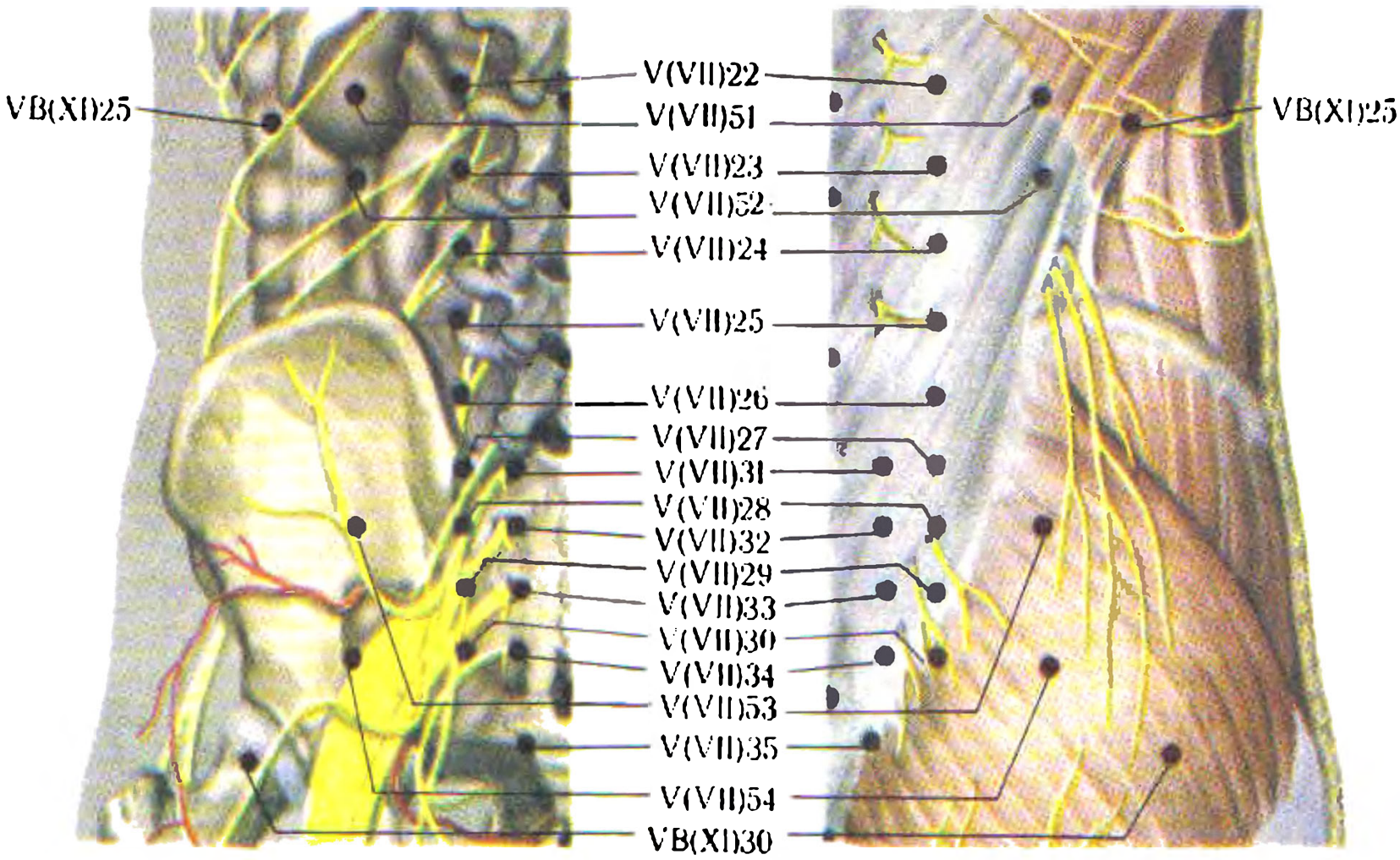


Рис. 101. Проекции точек акупунктуры V(VII)22—V(VII)35, V(VII)51—V(VII)54, VB(XI)25 в поясничио-крестцовой области.

V(VII)25 (да-чан-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV поясничного позвонка; проецируется на пояснично-грудную фасцию, мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви четвертой поясничной артерии и вены, задние ветви второго и третьего поясничных нервов (см. рис. 101).

Определяется в положении сидя или лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания кишок, геморрой, заболевания мочеполового аппарата, боль в пояснично-крестцовой области, артериальная гипертензия.

V(VII)26 (гуань-юань-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка пятого поясничного позвонка (рис. 102); проецируется на пояснично-грудную фасцию, мышцу, выпрямляющую позвоночник; здесь проходят ветви срединной крестцовой артерии, задние ветви третьего и четвертого поясничных нервов (см. рис. 101).

Определяется в положении сидя или лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания мочеполового аппарата, кишок, боль в пояснично-крестцовой области, артериальная гипертензия.

V(VII)27 (сяо-чан-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от задней срединной линии, на уровне первого дорсального крестцового отверстия, во впадине между внутренним краем верхней задней подвздошной ости и крестцом (см. рис. 102); проецируется между началом подвздошно-реберной мышцы поясницы и большой ягодичной мышцей; здесь проходят латеральные крестцовые артерии и вены, задние ветви четвертого и пятого поясничных нервов, первого крестцового нерва (см. рис. 101).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания кишок, мочеполового аппарата, боль в пояснично-крестцовой области.

V(VII)28 (пан-гуан-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от задней срединной линии, на уровне второго дорсального крестцового отверстия, во впадине между нижней частью внутреннего

края верхней задней подвздошной ости и крестцом (см. рис. 102); проецируется между началом подвздошно-реберной мышцы поясницы и большой ягодичной мышцей; здесь проходят ветви латеральной крестцовой артерии и вены, задние ветви пятого поясничного нерва, первого и второго крестцовых нервов (см. рис. 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, боль в пояснично-крестцовой области.

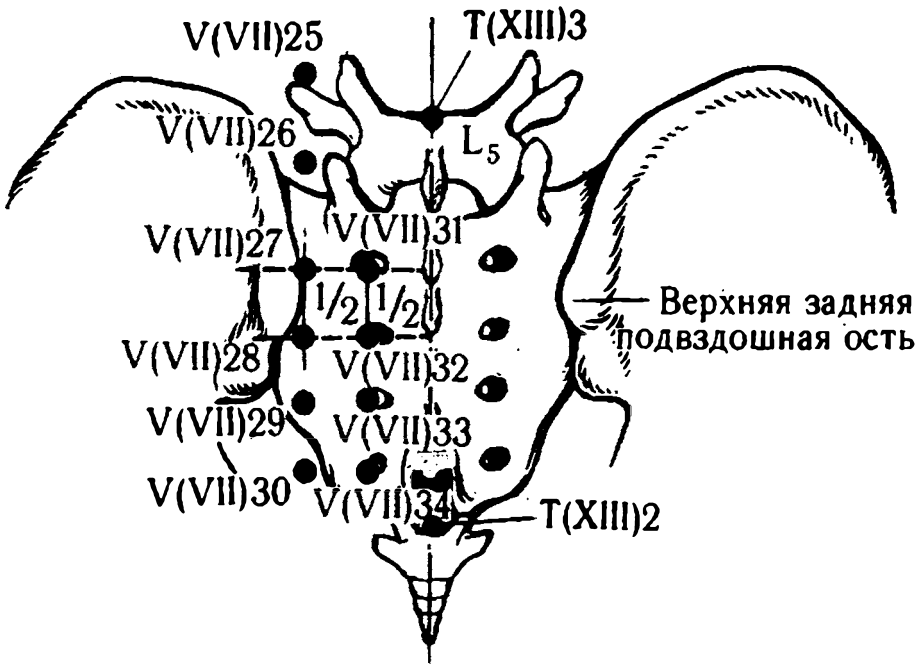


Рис. 102. Схема локализации точек акупунктуры V(VII)26—V(VII)34.

V(VII)29 (чжун-люй-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от задней срединной линии, на уровне третьего дорсального крестцового отверстия (см. рис. 102); проецируется на большую ягодичную мышцу, иннервируемую нижним ягодичным нервом, нижнемедиальный край крестцово-бугорной связки; здесь проходят ветви латеральных крестцовых артерий и вен, нижней ягодичной артерии, задние ветви пятого поясничного и третьего крестцового нервов (см. рис. 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в пояснично-крестцовой области, заболевания кишок.

V(VII)30 (бай-хуань-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от задней срединной линии, на уровне четвертого дорсального крестцового отверстия (см. рис. 102); проецируется у медиального края большого седалищного отверстия; здесь расположены большая ягодичная мышца, крестцово-бугорная связка, нижняя ягодичная артерия и вена, нижний ягодичный нерв, задние ветви третьего и четвертого крестцовых нервов, пятого поясничного нерва (см. рис. 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания мочеполового аппарата, заболевания прямой кишки и заднего прохода, боль в пояснично-крестцовой области.

V(VII)31 (шан-ляо)

Топография: проецируется в области первого дорсального крестцового отверстия, на середине расстояния между верхней задней подвздошной остью и задней срединной линией (см. рис. 102); проецируется на пояснично-грудную фасцию, начальный отдел подвздошно-реберной мышцы поясницы; здесь проходят латеральные крестцовые артерии и вены, задние ветви первого крестцового нерва (см. рис. 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25—35 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, боль в пояснично-крестцовой области, запор, геморрой.

V(VII)32 (цы-ляо)

Топография: проецируется в области второго дорсального крестцового отверстия, на середине расстояния между нижней частью верхней задней подвздошной ости и задней срединной линией (см. рис. 102); здесь проходят латеральные крестцовые артерии и вены, задние ветви второго крестцового нерва (см. рис. 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: те же, что и для воздействия на точку V(VII)31 (шан-ляо).

V(VII)33 (чжун-ляо)

Топография: проецируется в области третьего дорсального крестцового отверстия (см. рис. 102); здесь проходят лате-

ральные крестцовые артерии и вены, задние ветви третьего крестцового нерва (см. рис. 101). Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: те же, что и для воздействия на точку V(VII)31 (шан-ляо).

V(VII)34 (ся-ляо)

Топография: проецируется в области четвертого дорсального крестцового отверстия (см. рис. 102); здесь проходят латеральные крестцовые артерии и вены, ветви нижней ягодичной артерии и вены, задние ветви четвертого крестцового нерва (см. рис. 101).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: те же, что и для воздействия на точку V(VII)31 (шан-ляо).

V(VII)35 (хуэй-ян)

Топография: у латеральнонижнего края копчика, на 0,5 цуня кнаружи от задней срединной линии; проецируется на начальную часть большой ягодичной мышцы, иннервируемой нижним ягодичным нервом; здесь проходят ветви нижней ягодичной артерии и вены, копчикового нерва (см. рис. 101, 103).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания мочеполового аппарата, прямой кишки и заднего прохода.

V(VII)36 (чэн-фу)

Топография: в центре ягодичной складки; проецируется на нижний край большой ягодичной мышцы, иннервируемой нижним ягодичным нервом, между двуглавой мышцей бедра и полусухожильной мышцей, иннервируемыми седалищным нервом; здесь проходят ветви нижней ягодичной артерии и вены, нижнего ягодичного нерва, заднего кожного нерва бедра из крестцового сплетения, в глубине — седалищный нерв (рис. 103).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25—30 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: боль в пояснично-крестцовой области, запор, геморрой, задержка мочи.

V(VII)37 (инь-мэнь)

Топография: в области задней поверхности бедра, на 1,5 цуня выше середины расстояния между точками V(VII)36 (чэн-фу) и V(VII)40 (вэй-чжун); проецируется в промежутке между двуглавой мышцей бедра и полусухожильной мышцей, иннервируемыми седалищным нервом; здесь проходят ветви глубокой артерии и вены бедра, заднего кожного нерва бедра из крестцового сплетения, в глубине — седалищный нерв (см. рис. 103, 104).

Определяется в положении лежа на животе, на линии, соединяющей точки V(VII)36 (чэн-фу) и V(VII)40 (вэй-чжун).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: боль в пояснично-крестцовой области, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, геморрой.

V(VII)38 (фу-си)

Топография: на 1 цунь выше точки V(VII)39 (вэй-ян), у медиального края двуглавой мышцы бедра; здесь проходят ветви глубокой артерии и вены бедра, латеральной верхней коленной артерии, подколенной вены, общий малоберцовый нерв и задний кожный нерв бедра (см. рис. 103).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания мочевого пузыря, боль в пояснично-крестцовой области, поражение малоберцового нерва, запор.

V(VII)39 (вэй-ян)

Топография: в латеральном отделе подколенной ямки, кнаружи от точки V(VII)40 (вэй-чжун), у внутреннего края сухожилия двуглавой мышцы бедра; здесь проходят ветви глубокой артерии и вены бедра, латеральной верхней коленной артерии, подколенной вены, общий малоберцовый нерв и задний кожный нерв бедра (см. рис. 103, 105).

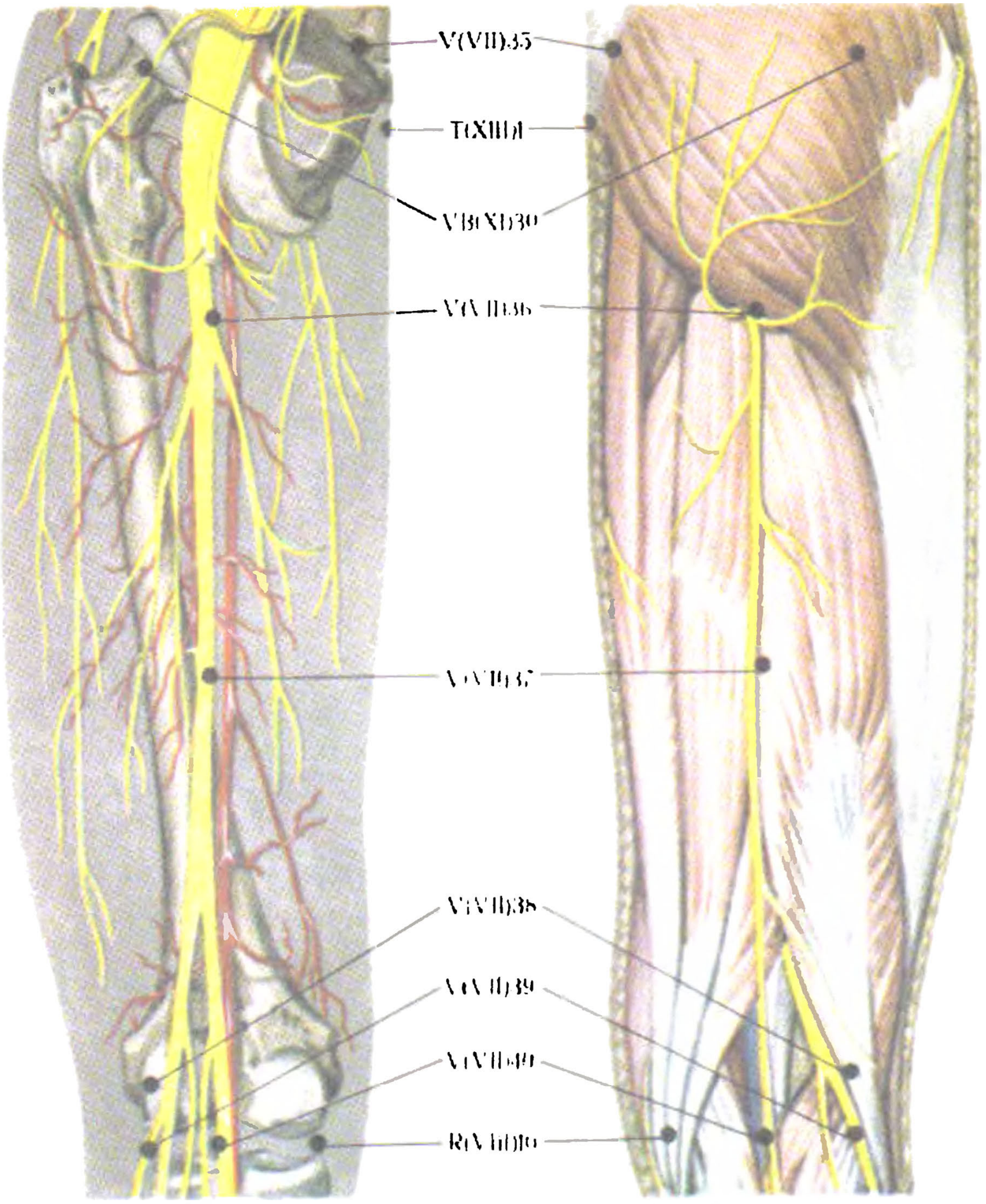


Рис. 103. Проекции точек акупунктуры V(VII)35, V(VII)40, R(VIII)10, VB(XI)30 в области нижней конечности

Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм, продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в поясничио-крестцовой области, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, задержка мочи, геморрой, эпилепсия.

V(VII)40 (вэй-чжун)

Топография: в центре подколенной ямки, кнаружи от места пульсации подколенной артерии; здесь проходят подколенная артерия и вена, большеберцовый нерв, ветви заднего кожного нерва бедра (см. рис. 103, 105).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, в обход подколенной артерии снаружи, глубина введения иглы 10—15 мм, продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие 1—3 мин).
Показания: боль в поясничио-крестцовой области, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания коленного сустава, нарушения мозгового кровообращения, артериальная гипертензия, диспепсические явления, геморрой, кожные заболевания, аллергические состояния.

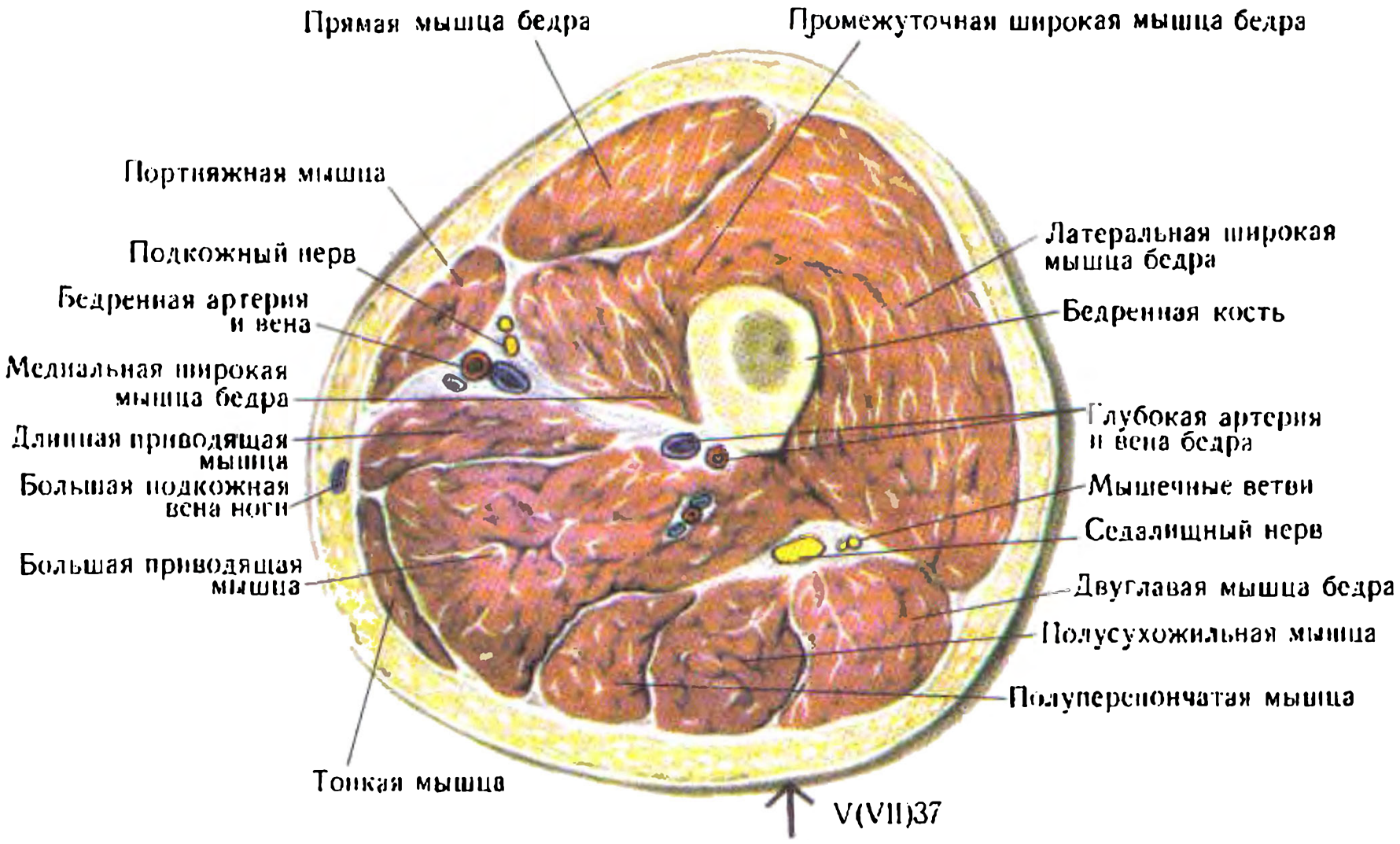


Рис. 104. Поперечный срез правого бедра на уровне точки V(VII)37 (инь-мэнь).

V(VII)41 (фу-фэнь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II грудного позвонка; проецируется на трапециевидную мышцу, иннервируемую добавочным нервом, большую ромбовидную мышцу, иннервируемую дорсальным нервом лопатки, и подвздошно-реберную мышцу груди, иннервируемую задними ветвями грудных нервов; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, второй задней межреберной артерии и вены (из наивысшей межреберной артерии и вены), поперечные вены шеи, задние ветви второго грудного нерва (см. рис. 98).

Определяется в положении сидя, туловище полусогнуто, руки прижаты к груди, на вертикальной линии, проведенной через внутренний край лопатки.

Техника: укол наклонный, по направлению к лопатке, вдоль межреберья, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания органов дыхания, боль в шейно-затылочной области, спине.

V(VII)42 (по-ху)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка III грудного позвонка; проецируется на трапециевидную, большую ромбовидную мышцы и подвздошно-реберную мышцу груди; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, третьей задней межреберной артерии и вены, задние ветви второго и третьего грудных нервов (см. рис. 98).

Определяется так же, как точка V(VII)41 (фу-фэнь).

Техника: укол наклонный, по направлению к лопатке, вдоль межреберья, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания органов дыхания, боль и ограничение движений в области плеча и лопатки.

V(VII)43 (гао-хуан)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV грудного позвонка; проецируется на трапециевидную, большую ромбовидную мышцы и подвздошно-реберную мышцу груди; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, четвертой задней межреберной артерии и вены, задние ветви третьего и четвертого грудных нервов (см. рис. 98).

Определяется в положении сидя, туловище полусогнуто, руки скрещены на груди; на вертикали, проведенной через внутренний край лопатки.

Техника: укол наклонный, вдоль межреберья, глубина введения иглы 10—15 мм;

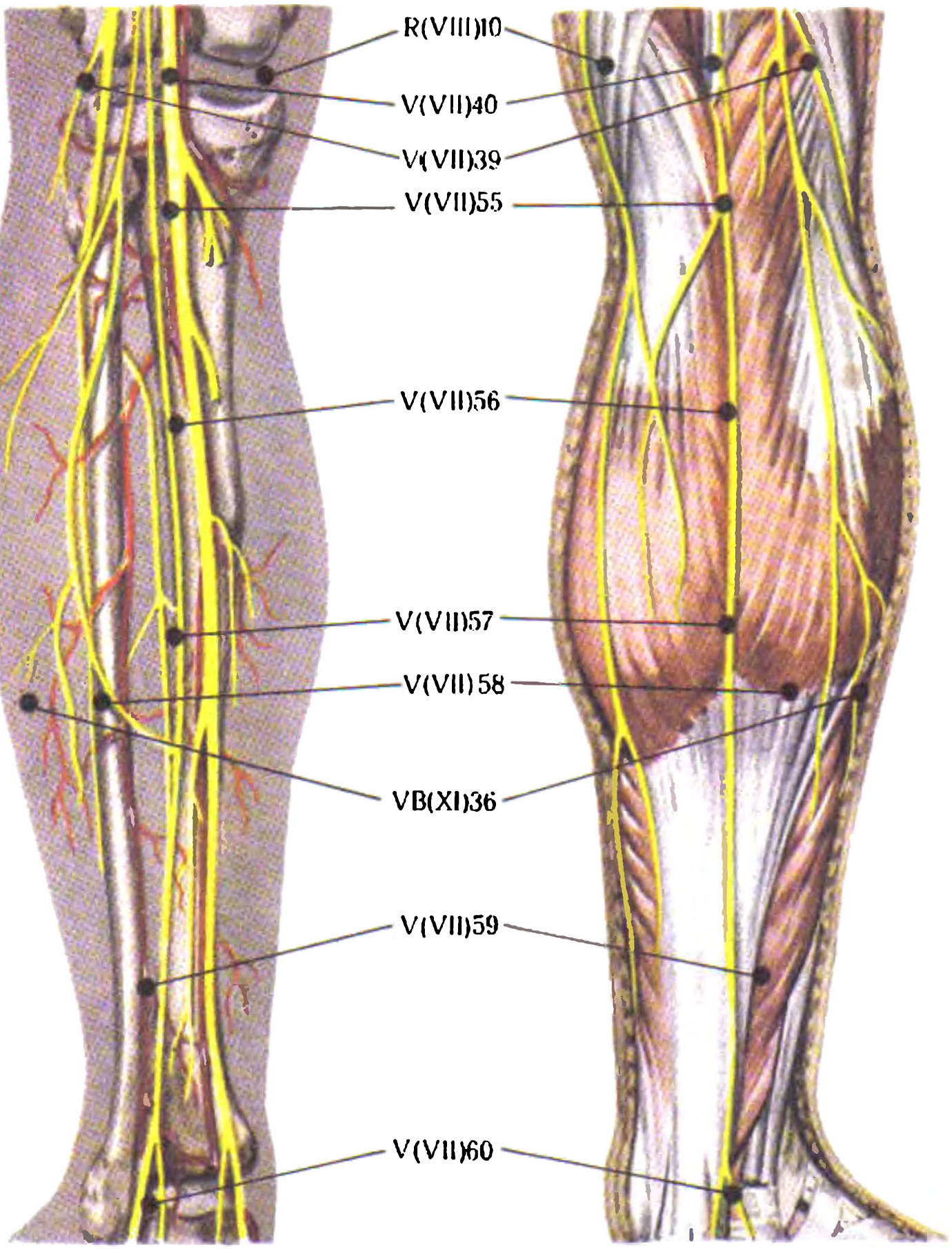


Рис. 105. Проекции точек акупунктуры V(VII)39, V(VII)40, V(VII)55—V(VII)60, R(VIII)10, VB(XI)36 в области голени.

продолжительность термопунктуры обычная (после теплового воздействия рекомендуется термопунктура точки E(III)36 (цзу-сань-ли) для снятия гиперемии верхней части туловища).

Показания: хронические заболевания органов дыхания, сердца, желудка и др., астеническое состояние, неврозы, боль в области плеча и спины.

V(VII)44 (шэнь-тан)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка V грудного позвонка; проецируется на трапециевидную, большую ромбовидную мышцы и подвздошно-реберную мышцу груди; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, пятой задней межреберной артерии и вены, задние ветви четвертого и пятого грудных нервов (см. рис. 98).

Определяется так же, как точка V(VII)43 (гао-хуан).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания органов дыхания, сердца, межреберная невралгия.

V(VII)45 (и-си)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VI грудного позвонка; проецируется на трапециевидную, большую ромбовидную мышцы и подвздошно-реберную мышцу груди; здесь

проходят ветви шестой задней межреберной артерии и вены, задние ветви пятого и шестого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов дыхания, сердца, икота, гастралгия, головная боль, головокружение, боль и напряжение мышц в области спины.

V(VII)46 (гэ-гуань)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VII грудного позвонка; проецируется на нижний край трапециевидной мышцы, иннервируемой добавочным нервом, верхний край широчайшей мышцы спины и подвздошно-реберную мышцу груди, иннервируемую подлопаточным нервом; здесь проходят ветви седьмой задней межреберной артерии и вены, задние ветви шестого и седьмого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении сидя или лежа на животе, кнутри от нижнего угла лопатки.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: межреберная невралгия, спазм пищевода, диафрагмы, диспепсические явления, гастралгия, анорексия.

V(VII)47 (хунь-мэнь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IX грудного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины, иннервируемую подлопаточным нервом, и подвздошно-реберную мышцу груди; здесь проходят ветви девятой задней межреберной артерии и вены, задние ветви восьмого и девятого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов пищеварения, боль в спине.

V(VII)48 (ян-ган)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка X грудного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины, подвздошно-реберную мышцу груди; здесь проходят ветви десятой задней межреберной артерии и вены, задние ветви девятого и десятого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов пищеварения, межреберная невралгия.

V(VII)49 (и-шэ)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка XI грудного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины, нижнюю заднюю зубчатую и подвздошно-реберную мышцу поясницы, иннервируемую задними ветвями грудных нервов; здесь проходят ветви одиннадцатой задней межреберной артерии и вены, задние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 98).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания печени, диспепсические явления, гастралгия, боль в спине.

V(VII)50 (вэй-цан)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка XII грудного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины, нижнюю заднюю зубчатую и подвздошно-реберную мышцы поясницы; здесь проходят ветви подреберной артерии и вены, задние ветви десятого и одиннадцатого грудных нервов (см. рис. 98).
Определяется в положении лежа на животе, под XII ребром.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов системы пищеварения, боль в спине и вдоль позвоночного столба.

V(VII)51 (хуан-мэнь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка I поясничного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины, нижнюю заднюю зубчатую и подвздошно-реберную мышцы поясницы; здесь проходят ветви первой поясничной артерии и вены, задние ветви одиннадца-

того грудного и подреберного нервов (см. рис. 98, 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в спине, гастралгия, запор, заболевания молочной железы.

V(VII)52 (чжи-ши)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка; проецируется на широчайшую мышцу спины и подвздошно-реберную мышцу поясницы; здесь проходят ветви второй поясничной артерии и вены, задние ветви подреберного нерва (см. рис. 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, диспепсические явления, боль и напряжение мышц в области спины и поясницы.

V(VII)53 (бао-хуан)

Топография: на 3 цуня кнаружи от задней срединной линии, на уровне второго дорсального крестцового отверстия; проецируется на ягодичные мышцы, иннервируемые верхним и нижним ягодичными нервами крестцового сплетения; здесь проходят ветви верхней ягодичной артерии, ветви внутренней подвздошной артерии, верхние ягодичные вены, задние ветви (верхние и средние нервы ягодиц) поясничных и крестцовых нервов (см. рис. 101).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, кишок, боль в пояснично-крестцовой области.

V(VII)54 (чжи-бянь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от задней срединной линии, на уровне четвертого дорсального крестцового отверстия; проецируется на большую ягодичную мышцу, грушевидную мышцу; в глубине проходит седалищный нерв, более поверхностно — ветви нижней ягодичной артерии, нижних ягодичных вен, нижнего ягодичного нерва, задний кожный нерв бедра (см. рис. 101).

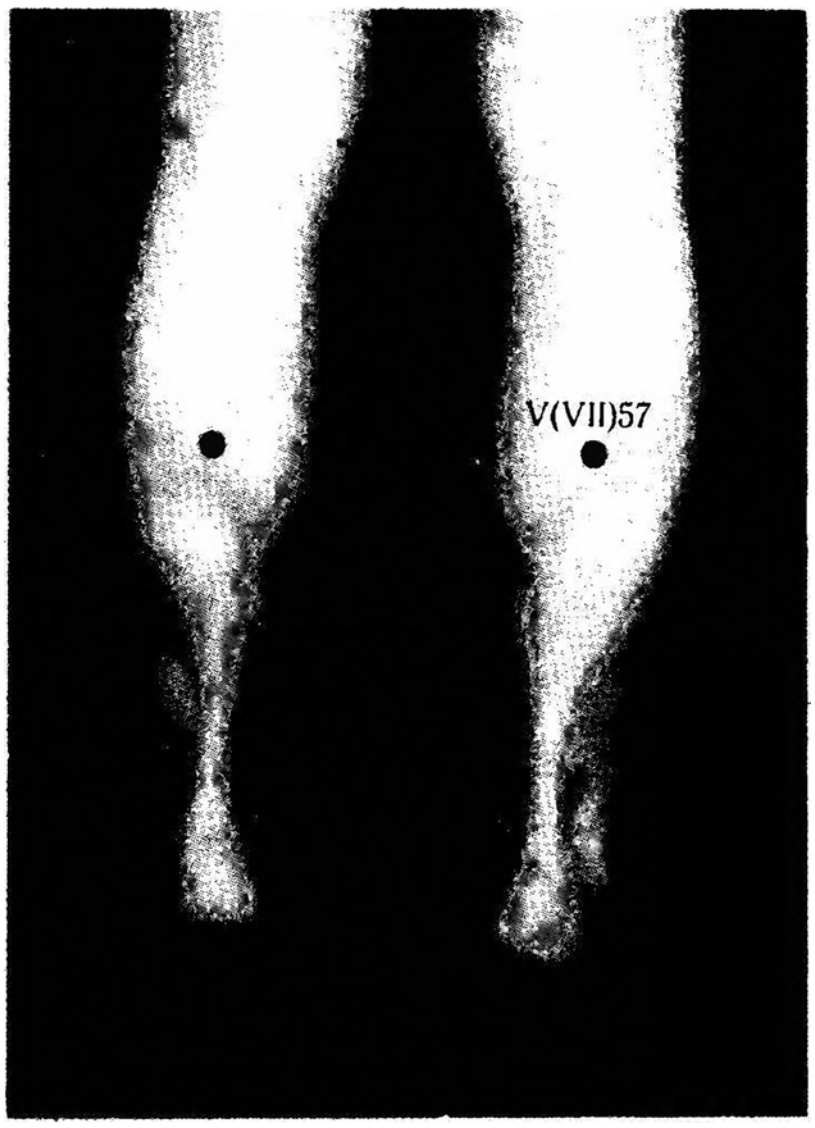


Рис. 106. Определение локализации точки V(VII)57 (чэн-шань).

Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры увеличена (дистантное воздействие 20—30 мин).
Показания: боль в пояснично-крестцовой области, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, цисталгия, геморрой.

V(VII)55 (хэ-ян)

Топография: на 2 цуня ниже центра подколенной ямки, между головками икроножной мышцы; проецируется на икроножную мышцу, иннервируемую большеберцовым нервом; здесь проходят малая подкожная вена ноги, ветви подколенной артерии и вены, заднего кожного нерва бедра, медиального кожного нерва икры, отходящего от большеберцового нерва (см. рис. 105).
Определяется в положении лежа на животе, на линии, соединяющей точки V(VII)40 (вэй-чжун) и V(VII)57 (чэн-шань).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в коленном суставе, люмбоишиалгия, гинекологические заболевания.

V(VII)56 (чэн-цзинь)

Топография: на 5 цуней ниже центра подколенной ямки или на середине расстояния между точками V(VII)55 (хэ-ян) и V(VII)57 (чэн-шань), между головками икроножной мышцы; проецируется на икроножную мышцу, иннервируемую большеберцовым нервом; здесь проходят малая подкожная вена ноги, ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, медиального и латерального кожных нервов икры, отходящих соответственно от большеберцового и общего малоберцового нервов (см. рис. 105).

Определяется так же, как точка V(VII)55 (хэ-ян).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: боль в поясничио-крестцовой области, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания кишок, геморрой.

V(VII)57 (чэн-шань)

Топография: на 8 цуней ниже центра подколенной ямки, в углублении под местом соединения головок икроножной мышцы, на середине расстояния между точкой V(VII)40 (вэй-чжун) и верхним краем пяточной кости; здесь проходят малая подкожная вена ноги, ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, медиального и латерального кожных нервов икры (см. рис. 105).

При определении стопа в положении легкого подошвенного сгибания (рис. 106).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—25 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: боль в пояснично-крестцовой области, ишиалгия, судороги мышц голени, заболевания мочевых путей, запор, геморрой.

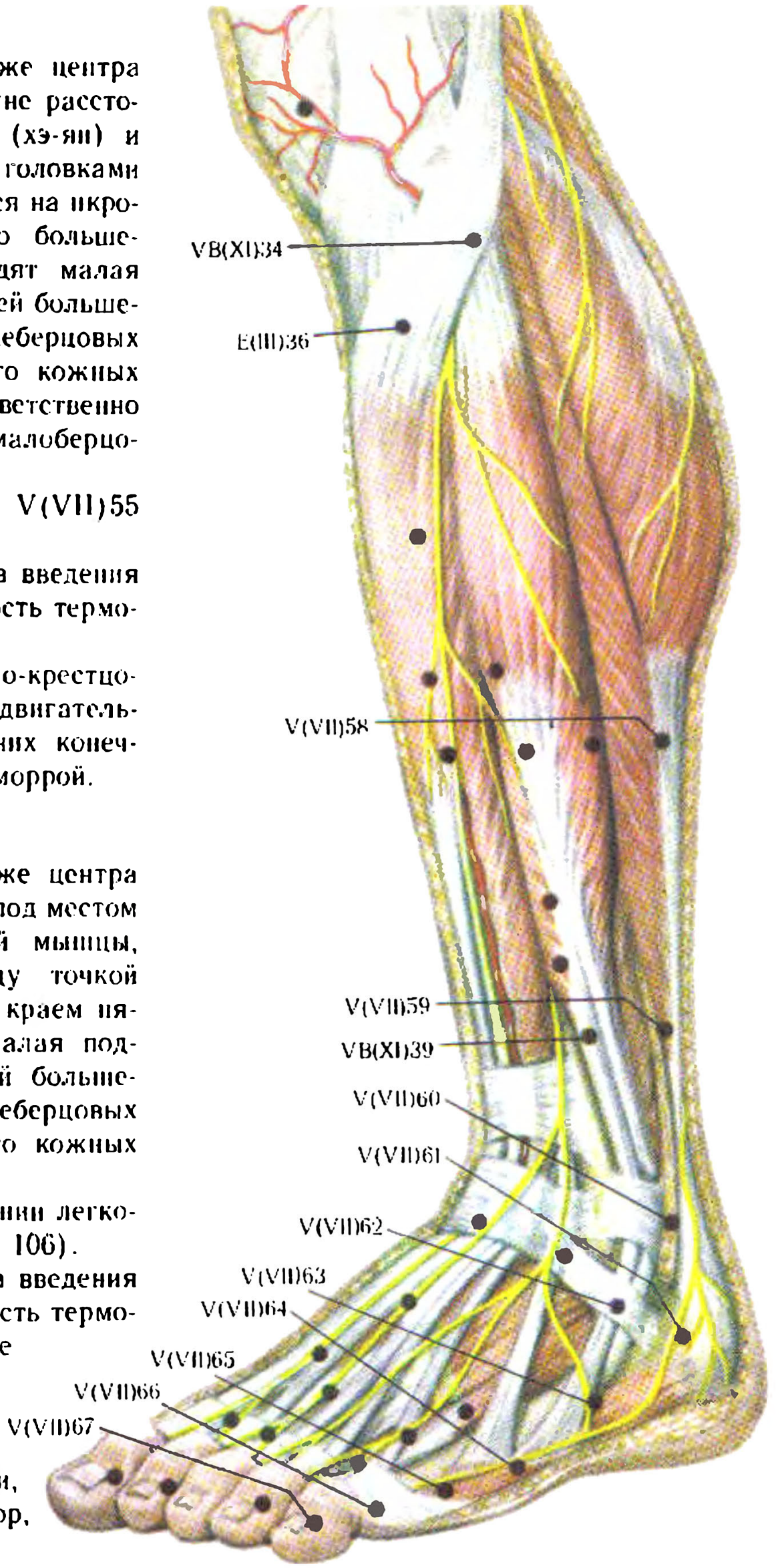


Рис. 107. Проекции точек акупунктуры V (VII) 58—V (VII) 67, VB (XI) 34, VB (XI) 39 в области голени и стопы.

V(VII)58 (фэй-ян)

Топография: на 7 цуней выше центра латеральной лодыжки, на месте перехода латеральной головки икроножной мышцы в пяточное (ахиллово) сухожилие; проецируется на камбаловидную мышцу, иннервируемую большеберцовым нервом; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, латерального кожного нерва икры, отходящего от общего малоберцового нерва (см. рис. 105, 107).

Определяется на 1 цунь кнаружи и книзу от точки V(VII)57 (чэн-шань).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: ишиалгия, боль в суставах нижних конечностей, головокружение, эпилепсия, цисталгия, геморрой.

V(VII)59 (фу-ян)

Топография: на 3 цуня выше центра латеральной лодыжки, у наружного края пяточного сухожилия; проецируется на короткую малоберцовую мышцу, иннервируемую поверхностным малоберцовым нервом; здесь проходят ветви малоберцовой артерии, малой подкожной вены ноги, латерального кожного нерва икры, икроножного нерва (см. рис. 105, 107).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, люмбалгия, невралгия тройничного нерва, геморрой.

V(VII)60 (кунь-лунь)

Топография: во впадине на середине расстояния между пяточным сухожилием и латеральной лодыжкой, на уровне ее центра; проецируется на короткую малоберцовую мышцу; здесь проходят ветви малой подкожной вены ноги, латеральной лодыжковой сети, отходящей от передней большеберцовой артерии, малоберцовой артерии, передних большеберцовых вен, малоберцовых вен, а также кожные ветви икроножного нерва (см. рис. 105, 107, 108).
Техника: укол наклонный, по направлению к переднему краю медиальной лодыжки (рис. 109), глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль различного характера, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, гинекологические заболевания, артериальная гипертензия, заболевания суставов и др. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

V(VII)61 (пу-шэнь)

Топография: на наружной поверхности пятки, во впадине, на 1,5 цуня ниже точки V(VII)60 (кунь-лунь); здесь проходят ветви латеральной лодыжковой сети, отходящей от передней большеберцовой артерии, малоберцовой артерии, передних большеберцовых вен, малоберцовых вен, латеральные пяточные ветви икроножного нерва (см. рис. 107, 108).
Определяется на одной вертикальной линии с точкой V(VII)60 (кунь-лунь).
Техника: укол наклонный, по направлению к голеностопному суставу, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания коленного сустава, чувствительные и двигательные нарушения в области голени и стопы, люмбалгия.

V(VII)62 (шэнь-май)

Топография: под латеральной лодыжкой, во впадине у нижнего края выступа малоберцового блока пяточной кости; проецируется на верхний край мышцы, отводящей мизинец стопы, иннервируемой латеральным подошвенным нервом (отходящим от большеберцового нерва); здесь проходят ветви латеральной лодыжковой сети

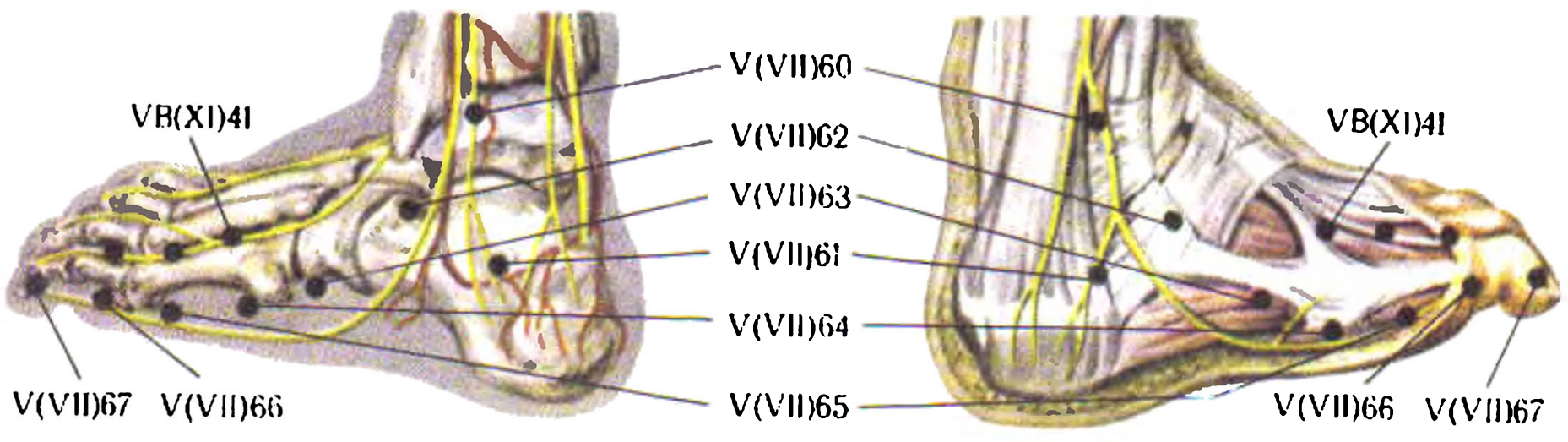


Рис. 108. Проекции точек акупунктуры V(VII)60—V(VII)67, VB(XI)41 в области стопы



Рис. 109. Введение акупунктурной иглы в точку V(VII)60 (кунь-лунь).

(отходящей от передней большеберцовой артерии), малоберцовой артерии, передних большеберцовых вен, малоберцовых вен, а также кожные ветви икроножного нерва (см. рис. 107, 108).

Определяется на вертикальной линии, проходящей через центр латеральной лодыжки.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие 1—3 мин).

Показания: головная боль, головокружение, нарушение мозгового кровообращения, люмбоишиалгия, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, гинекологические заболевания, гипергидроз, синдром Меньера, эпилепсия, нарушение сна.

V(VII)63 (цзинь-мэнь)

Топография: во впадине, кзади от основания V плюсневой кости, у латерального края кубовидной кости, кпереди и книзу от точки V(VII)62 (шэнь-май); проецируется на верхний край мышцы, отводящей мизинец стопы, иннервируемой латеральным подошвенным нервом (отходящим от большеберцового нерва); здесь проходят ветви латеральной предплюсневой артерии (от тыльной артерии стопы), малоберцовых вен, латерального тыльного кожного нерва (от икроножного нерва) (см. рис. 107, 108).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: люмбалгия, боль в нижней части живота, ишиалгия, головная боль, снижение слуха, судороги у детей, эпилепсия.

V(VII)64 (цзин-гу)

Топография: на латеральном крае стопы, во впадине книзу и кпереди от основания V плюсневой кости, ниже ее бугристости; проецируется на мышцу, отводящую мизинец стопы (иннервируется латеральным подошвенным нервом, отходящим от большеберцового нерва); здесь проходят латеральная предплюсневая артерия (от тыльной артерии стопы), ветви латеральной подошвенной артерии, малоберцовых вен, латеральный тыльный кожный нерв (от икроножного нерва) (см. рис. 107, 108).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, боль в шейно-затылочной области, спине, пояснице, нижних конечностях, заболевания глаз, носа, судороги у детей, эпилепсия.

V(VII)65 (шу-гу)

Топография: на латеральном крае стопы, во впадине, кзади и книзу от головки V плюсневой кости; проецируется на мышцу, отводящую мизинец стопы (иннервируется латеральным подошвенным нервом от большеберцового нерва); здесь проходят ветви тыльной артерии стопы, латеральной подошвенной артерии, малоберцовых вен, латеральный тыльный кожный нерв (от икроножного нерва) (см. рис. 107, 108).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, головокружение, напряжение мышц шейно-затылочной области, люмбалгия, боль в области спины, судороги мышц голени, снижение слуха, заболевания глаз, носа, психические расстройства, эпилепсия.

V(VII)66 (цзу-тун-гу)

Топография: на латеральном крае стопы, во впадине, кпереди и книзу от V плюснефалангового сустава; здесь проходят ветви тыльной пальцевой артерии (из системы

тыльной артерии стопы), собственная пальцевая подошвенная артерия (ветвь латеральной подошвенной артерии), ветви малоберцовых вен, собственный подошвенный пальцевой нерв и латеральный тыльный кожный нерв (ветвь икроножного нерва) (см. рис. 107, 108).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: головная боль, головокружение, носовое кровотечение, боль и напряжение мышц в шейно-затылочной области, диспепсические явления, хронический гастрит.

V(VII)67 (чжи-инь)

Топография: около 3 мм кнаружи от корня ногтя V пальца стопы; здесь проходят ветви тыльной пальцевой артерии и собственной подошвенной пальцевой артерии, тыльных пальцевых вен стопы, латерального тыльного кожного нерва, а также собственного подошвенного пальцевого нерва (см. рис. 107, 108).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания мочеполового аппарата, головная боль, головокружение, заболевания глаз, носа, поражение суставов нижней конечности.

Меридиан VIII (почек)

Относится к системе меридианов инь ноги. Центробежный, парный. Насчитывает 27 точек акупунктуры (рис. 110 *а, б*). Первая точка меридиана (R(VIII)1) располагается на подошвенной поверхности стопы между II и III плюсневыми костями. Далее меридиан следует по медиальному краю стопы (локализация точки R(VIII)2 соответствует бугристости ладьевидной кости), описывает петлю в области пяточной кости (R(VIII)3—R(VIII)6), поднимается по внутренней поверхности голени и бедра (R(VIII)7—R(VIII)10), располагаясь кзади от IV и XII меридианов. На передней брюшной стенке (R(VIII)11—R(VIII)21) следует по первой боковой линии живота (на 0,5 цуня кнаружи от срединной линии), в области грудной клетки (R(VIII)22—R(VIII)27) — по первой боковой линии груди (на 2 цуня от срединной линии), последняя точка (R(VIII)27) находится у нижнего края ключицы.

Время максимальной активности меридиана с 17 до 19 ч.

Стандартные пункты: точка входа — R(VIII)1 (юн-цюань); тонизирующая точка — R(VIII)7 (фу-лю); седативные точки — R(VIII)1 (юн-цюань), R(VIII)2 (жань-гу); точка-пособник — R(VIII)3 (тай-си); стабилизирующая точка — R(VIII)4 (дачжун); сочувственная точка — V(VII)23 (шэнь-шу); точка-глашатай — VB(XI)25 (цзин-мэнь); точка выхода — R(VIII)22 (бу-лан).

R(VIII)1 (юн-цюань)

Топография: на подошвенной поверхности стопы, между II и III плюсневыми костями, на границе передней трети и задних двух третей подошвы (рис. 111), во впадине, образуемой при сгибании пальцев; проецируется на подошвенный апоневроз, где проходят ветви артериальной и венозной подошвенных дуг, медиального и латерального подошвенных нервов, относящихся к системе большеберцового нерва.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: нарушение мочеиспускания, заболевания глотки, гортани, сердцебиение, головокружение, истерия, судороги у детей, неотложная помощь.

R(VIII)2 (жань-гу)

Топография: на медиальном крае стопы, во впадине, кпереди и книзу от бугристости ладьевидной кости; проецируется на мышцу, отводящую большой палец стопы (иннервируется медиальным подошвенным нервом); здесь проходят ветви медиальной подошвенной артерии, тыльной венозной сети стопы, медиального подошвенного нерва, подкожного нерва, относящегося к системе бедренного нерва (рис. 112).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм (рис. 113); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания мочеполового аппарата, глотки, гортани, артериальная гипертензия, судороги у детей, боль в области голеностопного сустава, стопы.

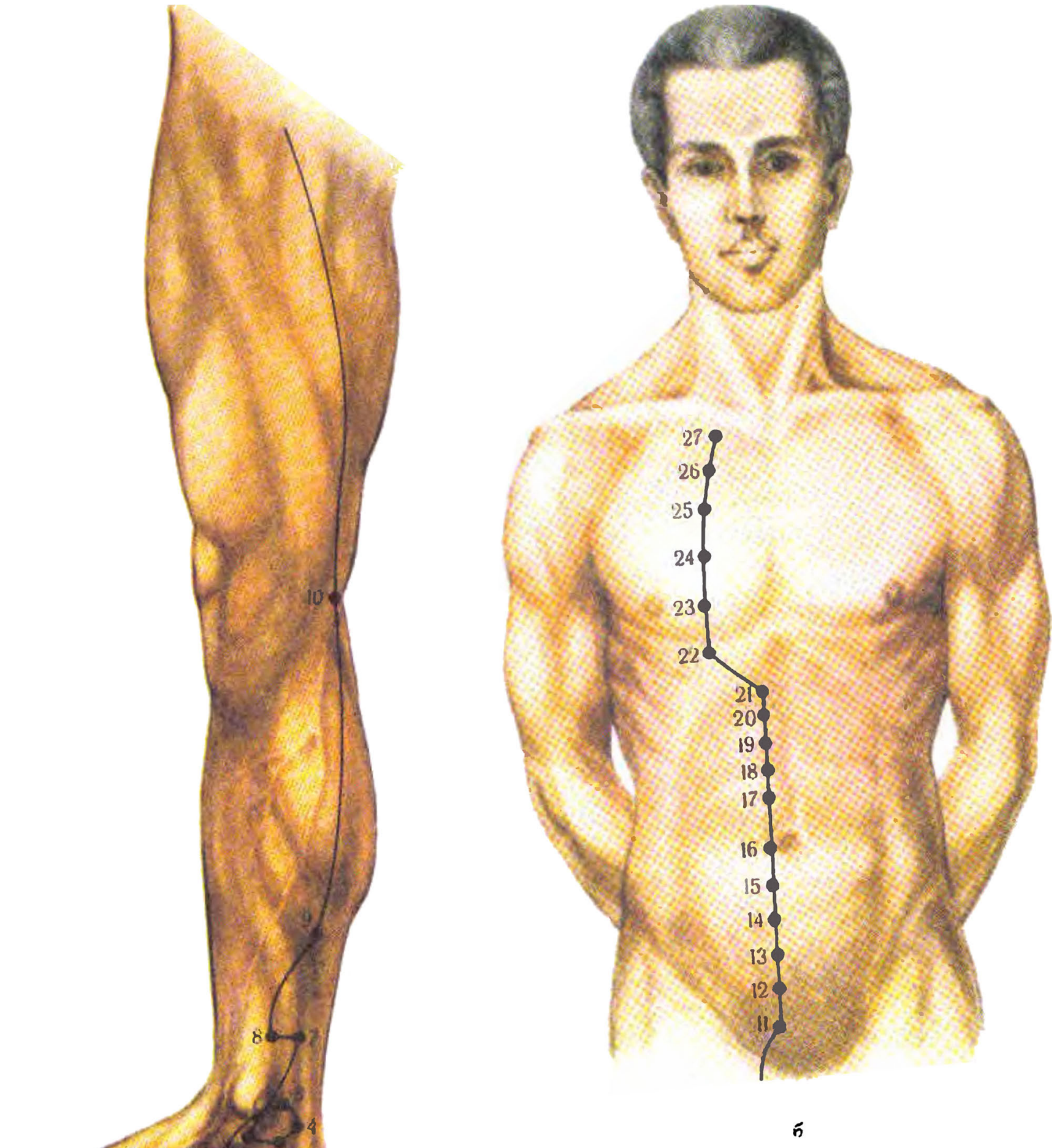


Рис. 110. Точки акупунктуры меридиана VIII (почек) (*а, б*).

R(VIII)3 (тай-си)

Топография: во впадине, на середине расстояния между пяточным сухожилием и медиальной лодыжкой, на уровне ее центра; здесь проходят задняя большеберцовая артерия, задние большеберцовые вены и большеберцовый нерв, ветви подкожного нерва (см. рис. 112).

Техника: укол наклонный, в обход артерии, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания мочеполового аппарата, дыхательной системы, полости рта, висцеральные спазмы, боль в области сердца, заболевания голеностопного сустава.

R(VIII)4 (да-чжун)

Топография: во впадине, кпереди от места прикрепления пяточного сухожилия к пяточной кости, на 0,5 цуня ниже и несколько кзади от точки R(VIII)3 (тай-си); здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, большеберцового нерва и подкожного нерва (см. рис. 112).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

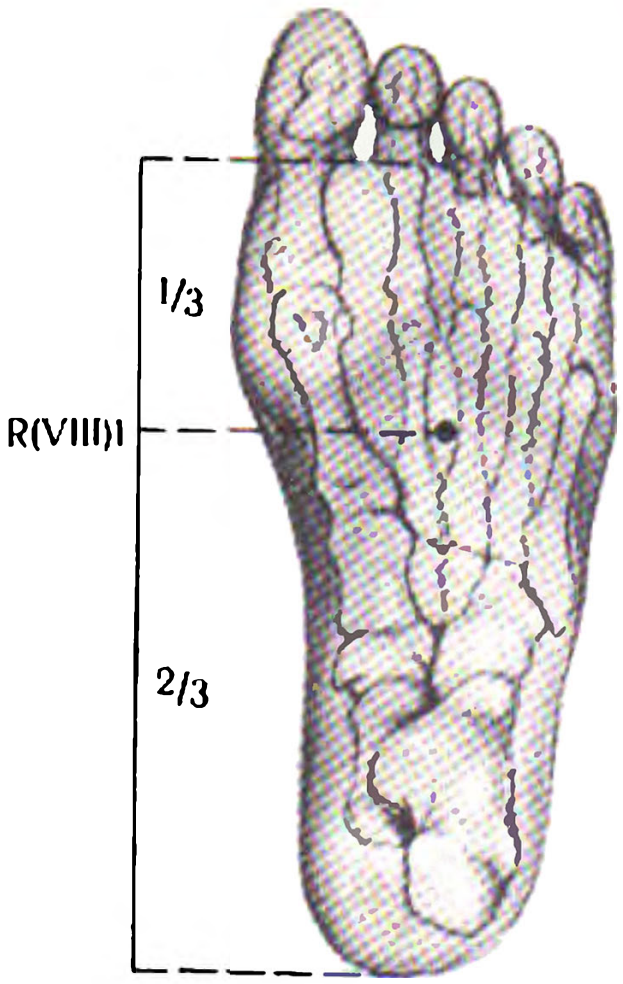


Рис. 111. Схема локализации точки R (VIII) 1 (юн-цюань).

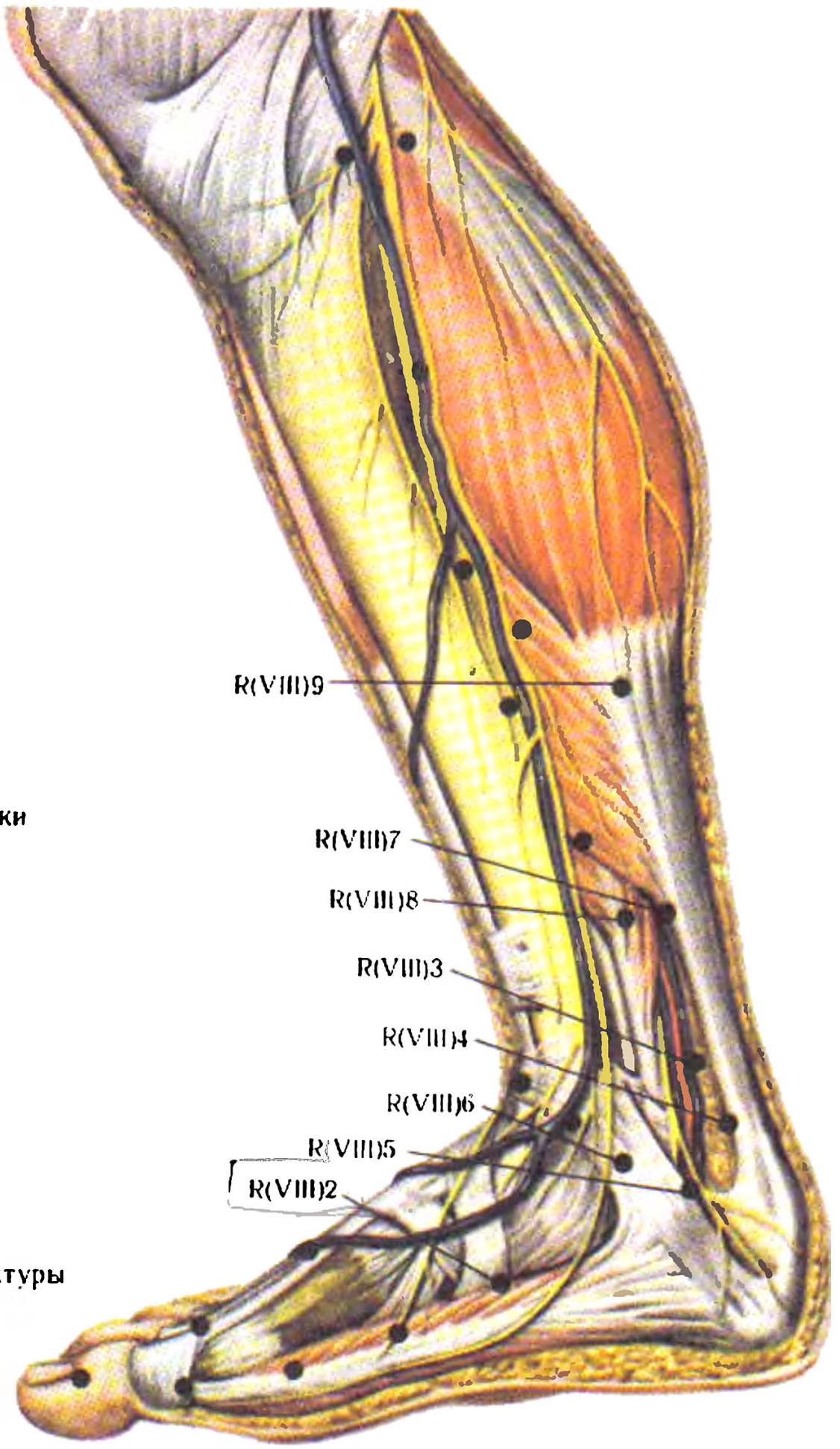


Рис. 112. Проекции точек акупунктуры R (VIII) 2—R (VIII) 9 в области голени и стопы.

Показания: заболевания мочеполового аппарата, сердцебиение, психические нарушения, стоматит, люмбалгия.

R(VIII)5 (шуй-цюань)

Топография: на 1 цунь ниже точки R(VIII)3 (тай-си), в углублении, кпереди и кверху от медиального отростка бугра пяточной кости; проекция та же, что и точки R(VIII)4 (да-чжун) (см. рис. 112). Определяется примерно в центре медиальной поверхности пяточной кости.

Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания мочеполового аппарата.

R(VIII)6 (чжао-хай)

Топография: во впадине, на 0,5 цуня ниже нижнего края медиальной лодыжки; проецируется у места прикрепления отводящей мышцы большого пальца стопы, иннервируемой большеберцовым нервом; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, медиального подошвенного нерва и подкожного нерва (см. рис. 112).

Определяется в положении сидя, подошвенные стороны стоп соприкасаются, колени разведены, в пальпируемом углублении на вертикальной линии, опущенной от центра медиальной лодыжки.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термо-

пунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: гинекологические заболевания, нарушение сна, психические расстройства, артериальная гипотензия, нарушения мозгового кровообращения, заболевания органов системы пищеварения, эпилепсия.

R(VIII)7 (фу-лю)

Топография: кзади от точки R(VIII)8 (цзяо-синь), на 2 цуня выше уровня центра медиальной лодыжки, у переднего края пяточного (ахиллова) сухожилия; проецируется в месте перехода камбаловидной мышцы в пяточное сухожилие; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, большеберцового нерва и подкожного нерва (см. рис. 112).

Определяется в положении лежа или сидя, нога опущена без упора.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания почек и мочевых путей, люмбалгия, нарушение двигательной функции нижних конечностей, судороги мышц голени, геморрой, гипергидроз, артериальная гипотензия, астеническое состояние.

R(VIII)8 (цзяо-синь)

Топография: на 2 цуня выше точки R(VIII)3 (тай-си) и на 0,5 цуня кпереди от точки R(VIII)7 (фу-лю), у медиального (заднего) края большеберцовой кости; проецируется на заднюю большеберцовую мышцу и длинный сгибатель пальцев стопы (иннервируются большеберцовым нервом); здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, подкожного нерва, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 112).

Определяется так же, как точка R(VIII)7 (фу-лю).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания мочеполового аппарата, кишок, нарушение чувствительной и двигательной функций в области нижних конечностей.

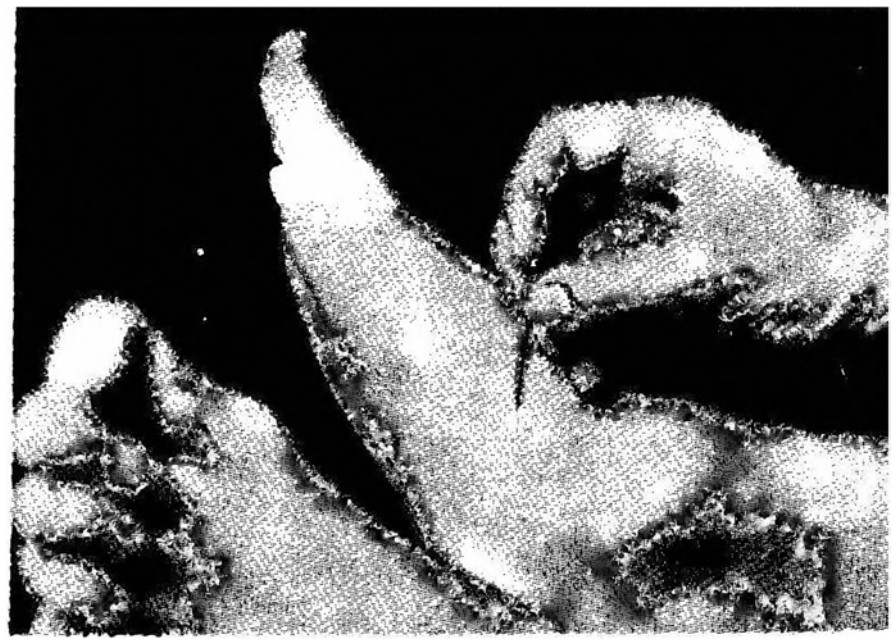


Рис. 113. Введение акупунктурной иглы в точку R (VIII) 2 (жань-гу).

R(VIII)9 (чжу-бинь)

Топография: на 5 цуней выше точки R(VIII)3 (тай-си), у места перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие, примерно на 1 цунь кзади от медиального (заднего) края большеберцовой кости; проецируется на камбаловидную мышцу (иннервируется большеберцовым нервом); здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, медиального кожного нерва икры (отходит от большеберцового нерва) и подкожного нерва (отходит от бедренного нерва) (см. рис. 112).

Определяется так же, как точка R(VIII)7 (фу-лю).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания половых органов, психические нарушения, глоссалгия, судороги мышц голени, эпилепсия.

R(VIII)10 (инь-гу)

Топография: на медиальном конце подколенной кожной складки, кзади от точки F (XII) 8 (цюй-цюань), между сухожилиями полуперепончатой и полусухожильной мышц бедра; здесь проходят ветви артериальной и венозной сети коленного сустава, заднего кожного нерва бедра (относится к крестцовому сплетению), запирательного и подкожного нервов, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 103, 105, 144).

Определяется в положении сидя, нога согнута под прямым углом в коленном суставе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания мочеполового аппарата, гонит, боль по внутренней поверхности голени и бедра.

R(VIII)11 (хэн-гу)

Топография: на первой боковой линии живота (на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии), на уровне верхнего края лобкового симфиза, где располагается точка J(XIV)2 (цюй-гу); проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки и на латеральный край пирамидальной мышцы; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий, нижней надчревной вены, наружной половой артерии, ветви подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов (рис. 114).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания мочеполового аппарата, кишечная колика, глазные болезни.

R(VIII)12 (да-хэ)

Топография: на 1 цунь выше точки R(VIII)11 (хэн-гу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)3 (чжун-цзи); проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий, поверхностной и нижней надчревных вен, кожные ветви подвздошно-подчревного и подреберного нервов (см. рис. 114).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания полового аппарата.

R(VIII)13 (ци-сюе)

Топография: на 2 цуня выше точки R(VIII)11 (хэн-гу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)4 (гуань-юань); проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий, поверхностной и нижней надчревных вен, передние ветви подреберного нерва (см. рис. 114).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата.

R(VIII)14 (сы-мань)

Топография: на 3 цуня выше точки R(VIII)11 (хэн-гу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)5 (ши-мэнь); проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, передние ветви одиннадцатого грудного нерва (см. рис. 114).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания полового аппарата, кишок.

R(VIII)15 (чжун-чжу)

Топография: на 1 цунь ниже уровня пупка и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии — уровень точки J(XIV)7 (инь-цзяо); проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, передние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 114).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: гинекологические заболевания, диспепсические явления.

R(VIII)16 (хуан-шу)

Топография: на уровне пупка, на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки, внутренний край прямой мышцы живота; здесь проходят ветви поверхностной, верхней и нижних надчревных артерий и вен, передние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 114).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов пищеварения, анорексия, конъюнктивит, кератит.

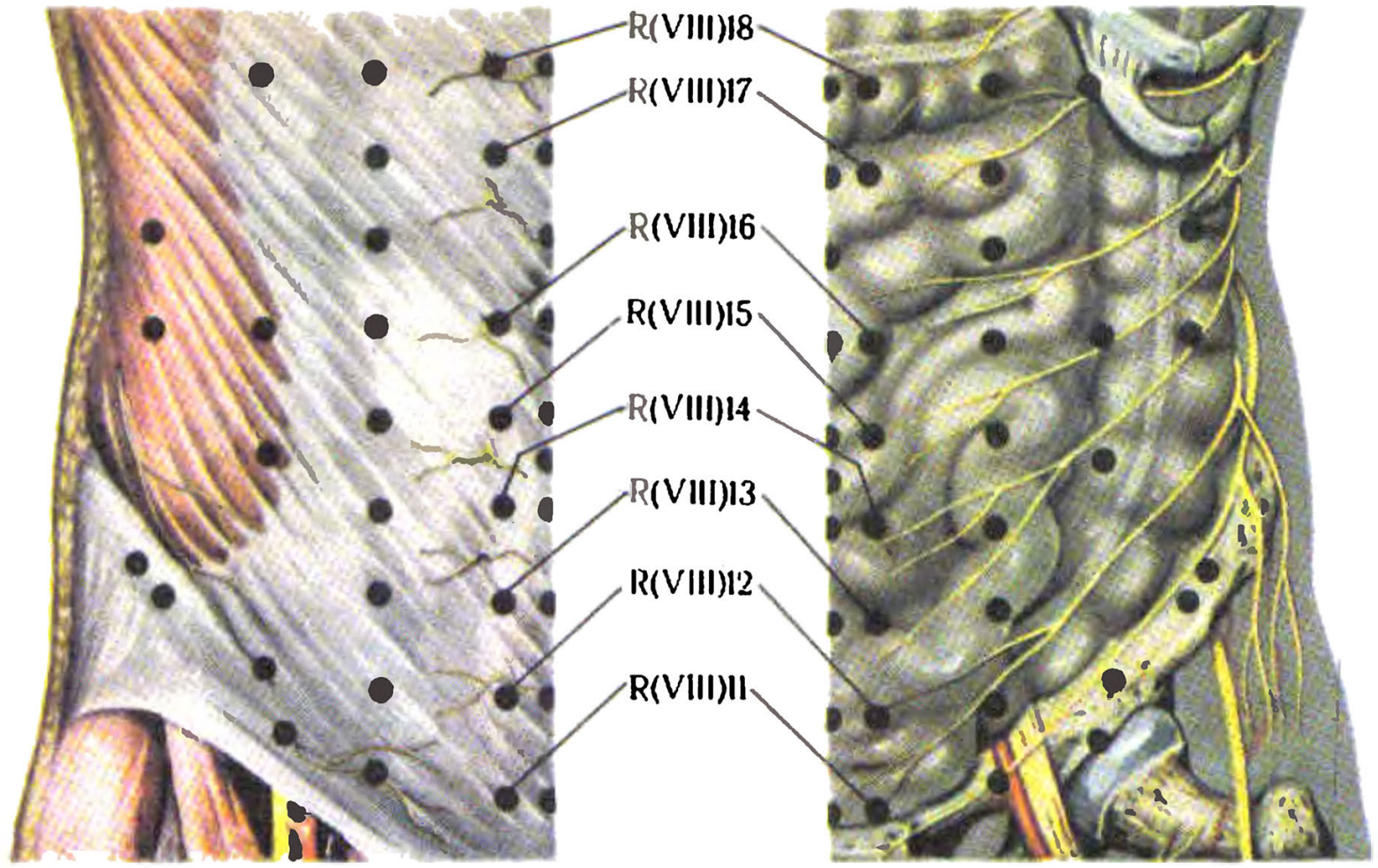


Рис. 114. Проекции точек акупунктуры R(VIII)11—R(VIII)18 в области живота.

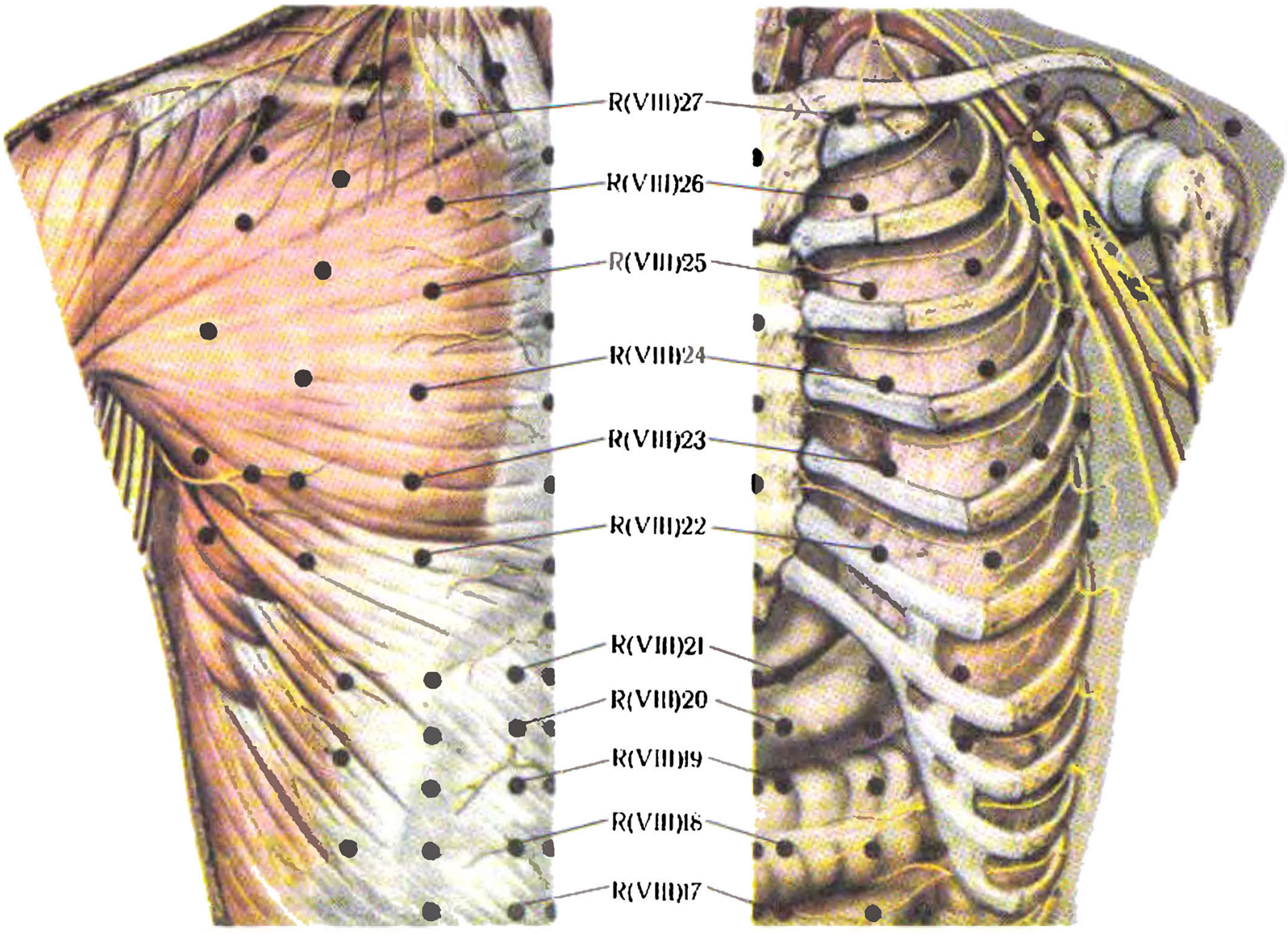


Рис. 115. Проекции точек акупунктуры R(VIII)17—R(VIII)27 в области груди.

R(VIII)17 (шан-цюй)

Топография: на 2 цуня выше точки R(VIII)16 (хуан-шу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)10 (ся-вань); проецируется на белую линию живота и внутренний край прямой мышцы живота; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, передние ветви девятого грудного нерва (см. рис. 114, 115).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: спазматическая боль в желудке, анорексия, заболевания кишок.

R(VIII)18 (ши-гуань)

Топография: на 3 цуня выше точки R(VIII)16 (хуан-шу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)11 (цзянь-ли); проецируется на белую линию живота и внутренний край прямой мышцы живота; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, передние ветви восьмого и девятого грудных нервов (см. рис. 114, 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: гастралгия, икота, запор, заболевания матки.

R(VIII)19 (инь-ду)

Топография: на 4 цуня выше точки R(VIII)16 (хуан-шу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)12 (чжун-вань); проецируется на внутренний край прямой мышцы живота; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, передние ветви седьмого и восьмого грудных нервов (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—30 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, боль в груди и подреберье, бронхиальная астма.

R(VIII)20 (фу-тун-гу)

Топография: на 5 цуней выше точки R(VIII)16 (хуан-шу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)13 (шан-вань); проецируется на внутренний край прямой мышцы живота; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, передние ветви седьмого грудного нерва (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, боль в груди, кашель, бронхиальная астма.

R(VIII)21 (ю-мэнь)

Топография: на 6 цуней выше точки R(VIII)16 (хуан-шу) и на 0,5 цуня кнаружи от передней срединной линии (уровень точки J(XIV)14 (цзюй-цюе); проецируется на внутренний край прямой мышцы живота; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, передние ветви шестого и седьмого грудных нервов (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка, печени, рвота беременных, межреберная невралгия.

R(VIII)22 (бу-лан)

Топография: на первой боковой линии груди (2 цуня кнаружи от передней срединной линии), в V межреберье; проецируется на начальный отдел большой грудной мышцы, межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной и межреберной артерий, грудной вены, передние ветви пятого грудного нерва (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области грудной клетки, заболевания органов дыхания, анорексия.

R(VIII)23 (шэнь-фэн)

Топография: в IV межреберье, на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную мышцу, межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной и межреберной артерий, грудной вены, передние ветви четвертого грудного нерва (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения

иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области грудной клетки, заболевания молочной железы, кашель, одышка, бронхит, анорексия.

R(VIII)24 (лин-сюй)

Топография: в III межреберье, на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную мышцу, межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной и межреберной артерий, грудной вены, передние ветви третьего грудного нерва (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области грудной клетки, заболевания органов дыхания, молочной железы, анорексия, невротические состояния у женщин.

R(VIII)25 (шэнь-цан)

Топография: во II межреберье, на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную и межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной, грудоакромиальной и наивысшей межреберной артерий, грудоакромиальной и наивысшей межреберной вен, надключичных нервов, передние ветви второго грудного нерва (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области грудной клетки, заболевания органов дыхания, икота, анорексия.

R(VIII)26 (юй-чжун)

Топография: в I межреберье, на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную мышцу, межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней грудной, грудоакромиальной и наивысшей межреберной артерий, грудоакромиальной и наивысшей межреберной вен, надключичных нервов, передние ветви первого грудного нерва (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: те же, что и для воздействия на точку R(VIII)25 (шэнь-цан).

R(VIII)27 (шу-фу)

Топография: у нижнего края ключицы, на 2 цуня кнаружи от передней срединной линии; проецируется на большую грудную мышцу; здесь проходят ветви внутренней грудной, грудоакромиальной и наивысшей межреберной артерий, грудоакромиальной и наивысшей межреберной вен, надключичных нервов (от шейного сплетения) (см. рис. 115).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области грудной клетки, заболевания органов дыхания, икота, анорексия, гиперсаливация.

Меридиан IX (перикарда)

Относится у системе меридианов инь руки. Центробежный, парный. Насчитывает 9 точек акупунктуры (рис. 116). Первая (MC(IX)1) располагается в IV межреберье, на 5 цуней кнаружи от передней срединной линии. В области плеча и предплечья (MC(IX)2—MC(IX)7) ход меридиана соответствует внутреннесрединной линии руки, на кисти (MC(IX)8) — II межпястному промежутку, заканчивается на дистальной фаланге III пальца (MC(IX)9).

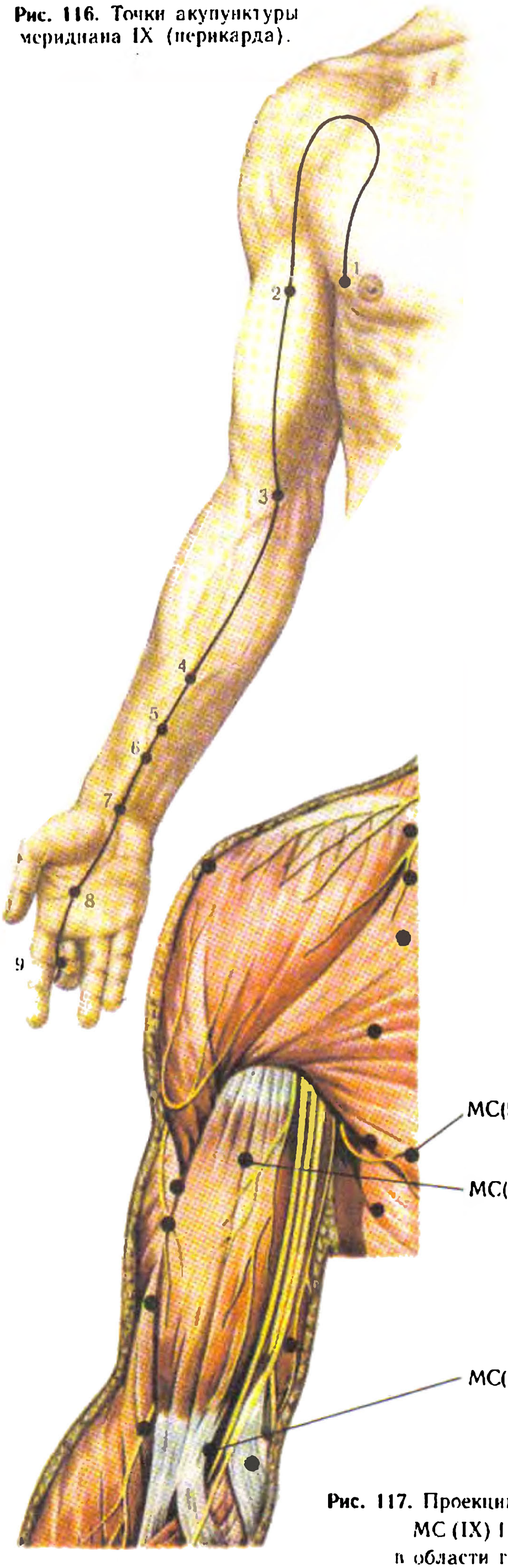
Время максимальной активности меридиана с 19 до 21 ч.

Стандартные пункты: точка входа — MC(IX)1 (тянь-чи); тонизирующая точка — MC(IX)9 (чжун-чун); седативная точка — MC(IX)7 (да-лин); точка-пособник — MC(IX)7 (да-лин); стабилизирующая точка — MC(IX)6 (нэй-гуань); сочувственная точка — V(VII)14 (цзюе-инь-шу); точка-глашатай — MC(IX)1 (тянь-чи); точка выхода — MC(IX)8 (лао-гун).

MC(IX)1 (тянь-чи)

Топография: в IV межреберье, на 5 цуней кнаружи от передней срединной линии груди; проецируется на большую и малую грудные, межреберные мышцы; здесь проходят ветви внутренней и латеральной грудных и межреберной артерий, грудных вен, латеральная кожная ветвь передних ветвей четвертого грудного нерва (рис. 117).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол несколько наклонный, по направлению кнаружи и слегка вверх вдоль

Рис. 116. Точки акупунктуры меридиана IX (перикарда).



межреберья, игла вводится ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину около 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания сердца, органов дыхания, молочной железы, межреберная невралгия.

MC(IX)2 (тянь-цюань)

Топография: между головками двуглавой мышцы плеча, на 2 цуня ниже уровня подмышечной ямки; проецируется на двуглавую мышцу плеча, иннервируемую мышечно-кожным нервом; здесь проходят ветви плечевой артерии, плечевой вены, медиального кожного нерва плеча (см. рис. 117).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы около 15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания сердца, органов дыхания, икота, рвота, межреберная невралгия, боль в области лопатки и плеча, снижение зрения.

Рис. 117. Проекции точек акупунктуры MC (IX) 1—MC (IX) 3 в области груди и плеча.

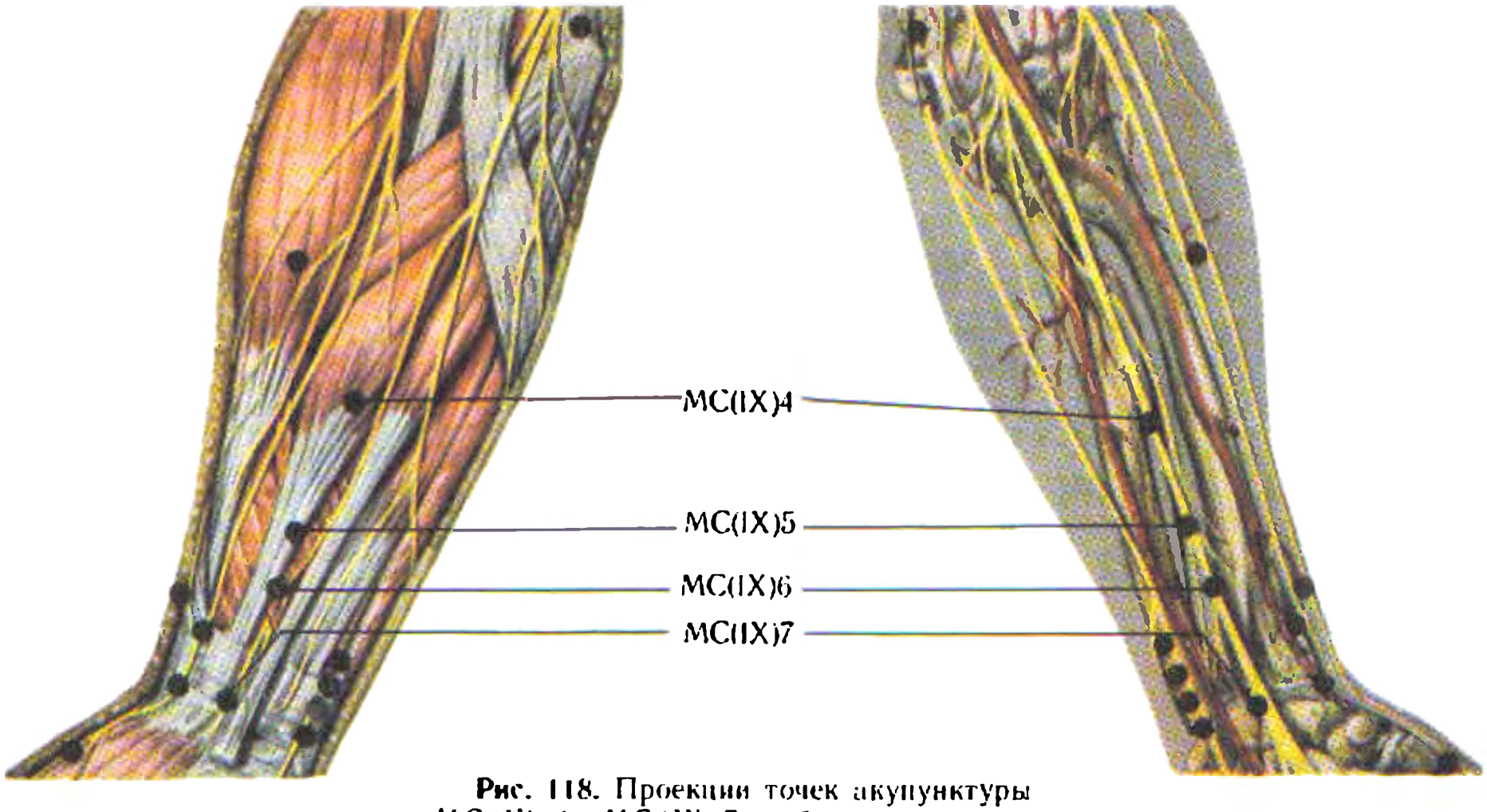


Рис. 118. Проекции точек акупунктуры MC(IX)4—MC(IX)7 в области предплечья.

MC(IX)3 (цюй-цзэ)

Топография: на кожной складке локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча; здесь проходят промежуточная вена локтя, артериальные ветви локтевой суставной сети, медиальные кожные нервы плеча и предплечья, в глубине проходят срединный нерв и плечевая артерия (см. рис. 117).

При определении рука несколько согнута в локтевом суставе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания сердца, неврастения, гастралгия, тепловой удар, рвота беременных, боль в руке и локтевом суставе.

MC(IX)4 (си-мэнь)

Топография: на ладонно-срединной линии предплечья, между лучевым сгибателем запястья и длинной ладонной мышцей, на 5 цуней выше лучезапястного сустава; проецируется на поверхностный и глубокий сгибатели пальцев; здесь проходят ветви передней межкостной артерии и вены, срединный нерв, медиальный и латеральный кожные нервы предплечья (рис. 118).

При определении рука согнута в локтевом суставе, ладонью обращена кверху.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания сердца, психические нарушения, носовое кровотечение, икота.

MC(IX)5 (цзянь-ши)

Топография: между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, на 3 цуня выше лучезапястного сустава; проекция та же, что и точки MC(IX)4 (си-мэнь) (см. рис. 118).

Определяется так же, как и точка MC(IX)4 (си-мэнь).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания сердца, психические нарушения, гастралгия, ларингит, нарушения менструального цикла, поражение суставов рук, судороги у детей.

MC(IX)6 (нэй-гуань)

Топография: между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, на 2 цуня выше лучезапястного сустава; здесь проходят передняя межкостная артерия и вена, латеральный и медиальный кожные нервы предплечья, ладонная ветвь срединного нерва, передний межкостный нерв (см. рис. 118, 119).

При определении рука согнута в локтевом суставе, обращена ладонью кверху.

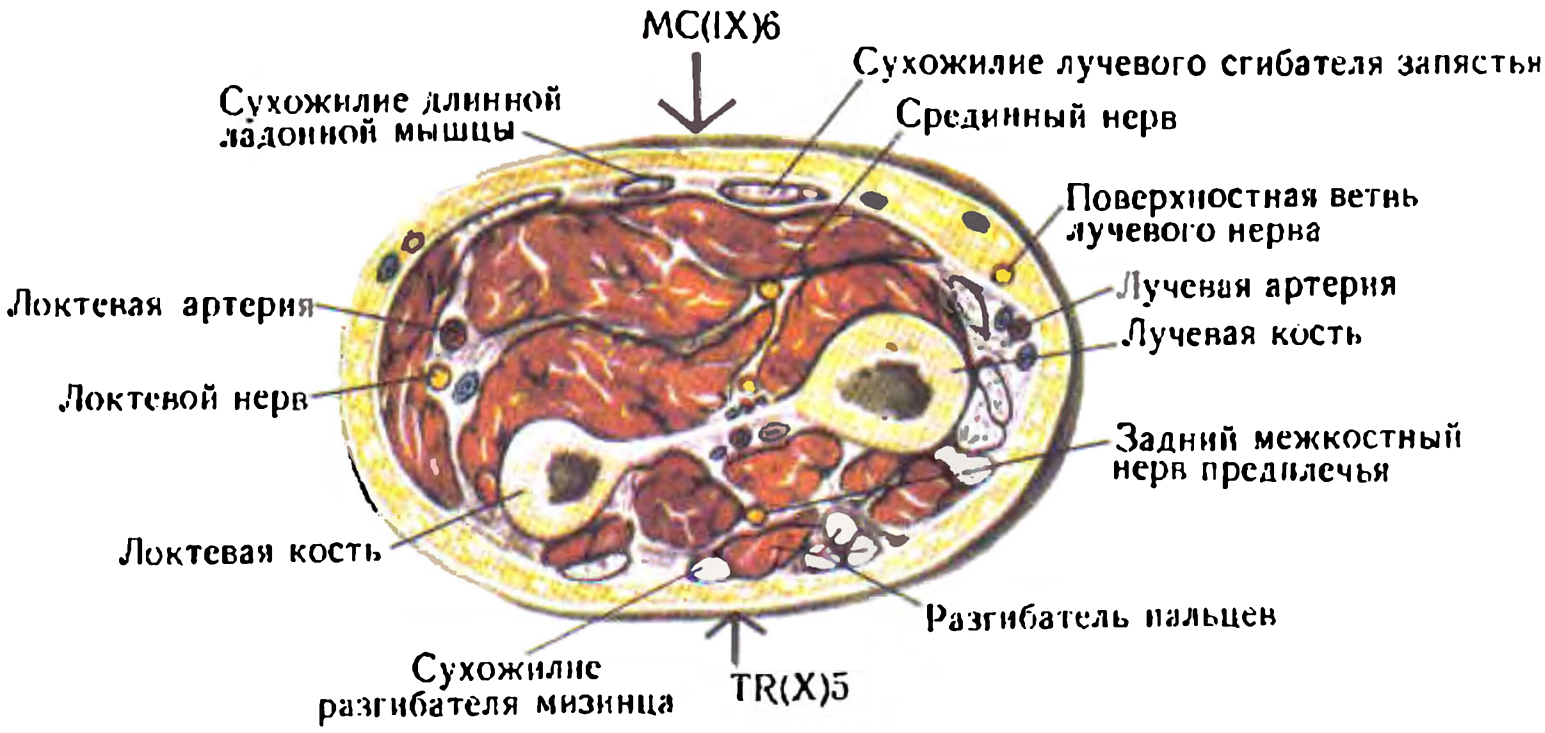


Рис. 119. Поперечный срез правого предплечья на уровне точек MC (IX) 6 (нэй-гуань) и TR (X) 5 (вай-гуань).

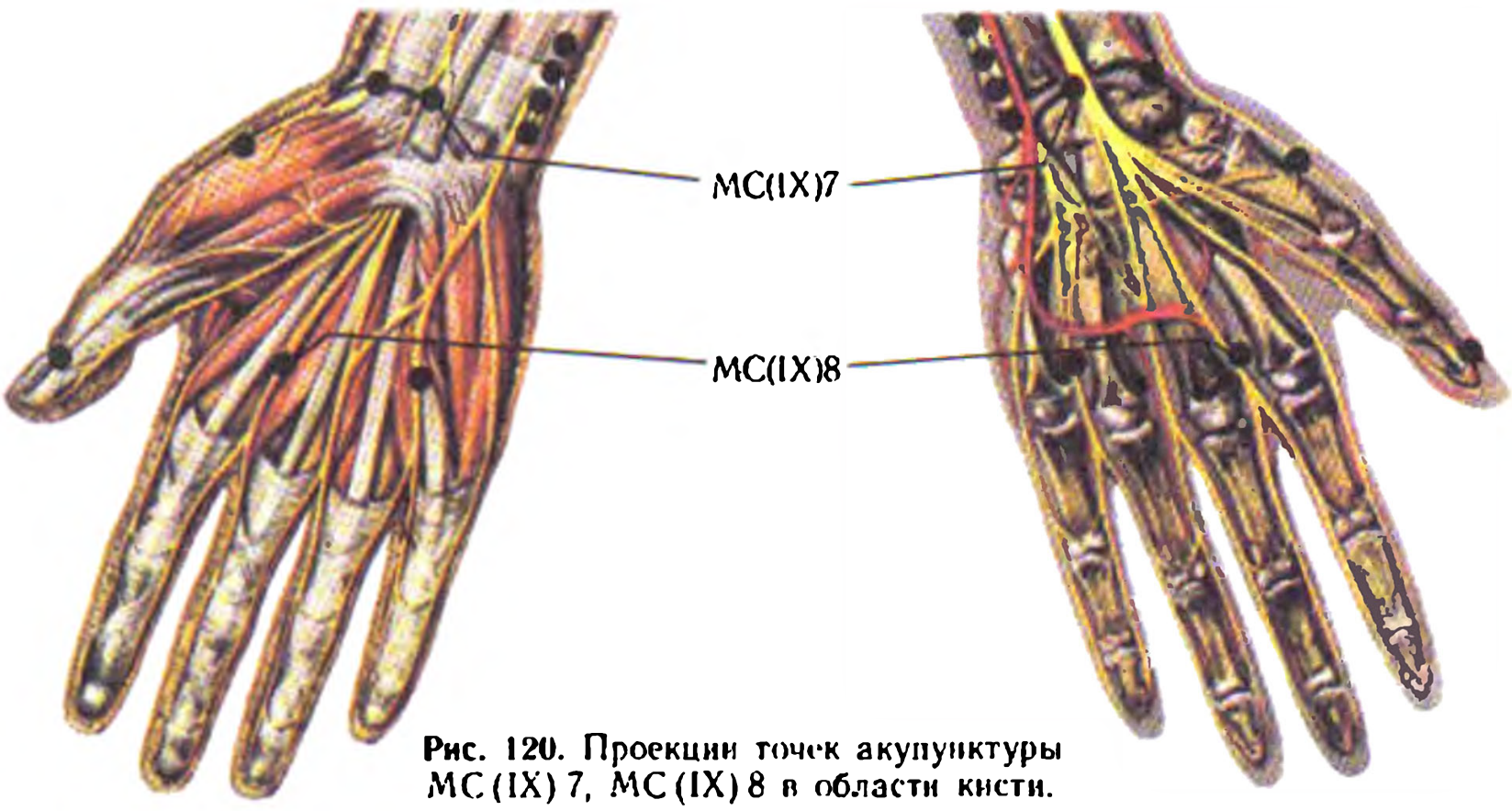


Рис. 120. Проекции точек акупунктуры MC (IX) 7, MC (IX) 8 в области кисти.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: важная точка при заболеваниях органов грудной полости, желудка, при гипертонической болезни, неврозах, психических заболеваниях, болевых синдромах и др. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

MC(IX)7 (да-лин)

Топография: на поперечной кожной складке лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья; проецируется на проксимальный край поперечной связки запястья; здесь проходят ладонные запястные ветви от локтевой и лучевой артерии, венозная сеть запястья, в глубине — ладонная кожная ветвь срединного нерва (см. рис. 118, 120).

При определении рука обращена ладонью кверху.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания сердца, желудка, нарушение сна, писчий спазм, артериальная гипертензия, тонзиллит, межреберная невралгия, поражение срединного нерва.

MC(IX)8 (лао-гун)

Топография: в центре ладонной поверхности кисти, между II и III пястными костями. Если сжать пальцы в кулак, точка находится под кончиком III пальца (см.

рис. 82); проецируется на ладонный апоневроз, на червеобразную мышцу, мышцу, приводящую большой палец, межкостные мышцы; здесь проходят поверхностная ладонная дуга локтевой и лучевой артерии с отходящими общими ладонными пальцевыми артериями, ладонные пальцевые вены поверхностной ладонной венозной дуги, общий ладонный пальцевой нерв из системы срединного нерва (см. рис. 120).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: боль в области сердца, боковой области грудной клетки, истерия, психические нарушения, артериальная гипертензия, заболевания мышц и суставов кисти, гипергидроз ладоней, неотложная помощь.

MC(IX)9 (чжун-чун)

Топография: на дистальной фаланге III пальца кисти, примерно на 0,3 см кнаружи от лучевого края корня ногтя; здесь проходят анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий, тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв, отходящий от срединного нерва (см. рис. 122).

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: неотложная помощь, нарушения мозгового кровообращения, заболевания сердца, астенические состояния.

Меридиан X (трех частей туловища)

Относится к системе меридианов ян руки. Центробежный, парный. Насчитывает 23 точки акупунктуры (рис. 121). Ход меридиана начинается на дистальной фаланге IV пальца, проходит промежуток между IV и V пястными костями с тыльной стороны (TR(X)1 — TR(X)3). В области лучезапястного сустава следует по локтевому краю сухожилия разгибателя пальцев (TR(X)4). По тыльно-срединной линии предплечья (TR(X)5 — TR(X)9) достигает задней поверхности локтевого сустава, где расположена точка TR(X)10. По наружнозадней стороне плеча (TR(X)11—TR(X)13) поднимается до акромиона (TR(X)14), смещается к медиальному отделу надостной ямки лопатки (TR(X)15), затем идет кверху, к сосцевидному отростку (TR(X)16), огибает ушную раковину (TR(X)17—TR(X)22) и заканчивается у наружного конца брови (TR(X)23).

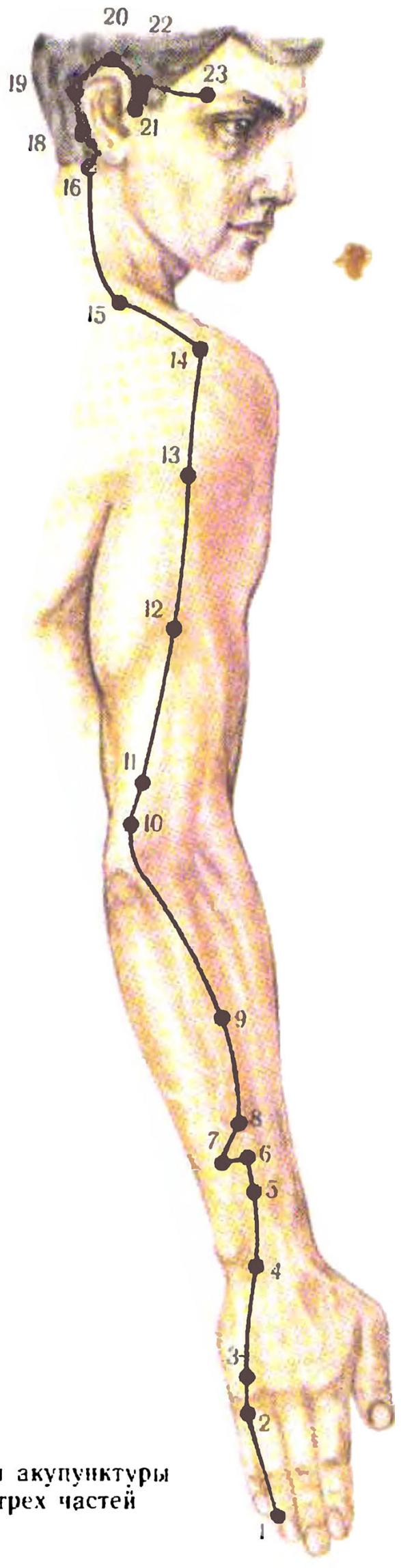


Рис. 121. Точки акупунктуры меридиана X (трех частей туловища).

Время максимальной активности меридиана с 21 до 23 ч.

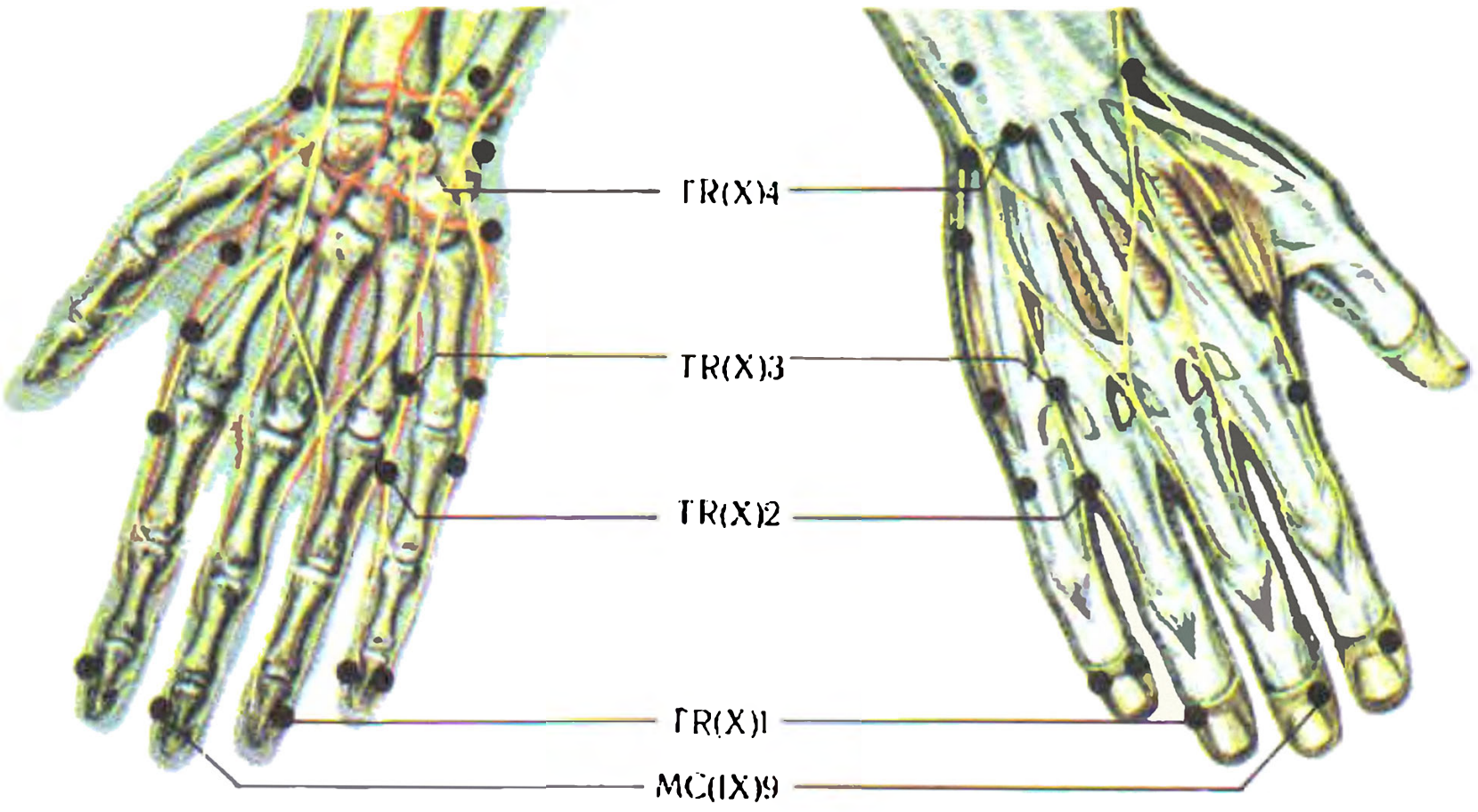


Рис. 122. Проекции точек акупунктуры MC(IX)9, TR(X)1—TR(X)4 в области кисти.

Стандартные пункты: точка входа — TR(X)1 (гуань-чун); тонизирующая точка — TR(X)3 (чжун-чжу); седативная точка — TR(X)10 (тянь-цзин); точка-пособник — TR(X)4 (ян-чи); стабилизирующая точка — TR(X)5 (вай-гуань); сочувственная точка — V(VII)22 (сань-цзяо-шу); точка-глашатай: общая — J(XIV)5 (ши-мэнь), дыхания — J(XIV)17 (тань-чжун); пищеварения — J(XIV)12 (чжун-вань), мочеполовых функций — J((XIV)7 (инь-цзяо); точка выхода — TR(X)23 (сы-чжу-кун).

TR(X)1 (гуань-чун)

Топография: примерно на 0,3 см кнутри (в локтевую сторону) от корня ногтя IV пальца кисти; здесь находятся анастомозы собственной ладонной пальцевой артерии — ветви локтевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв из системы локтевого нерва (рис. 122).
Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: тошнота, понижение аппетита, диспепсия у детей, головная боль, боль в области верхних конечностей, вокруг ушной раковины, депрессивные состояния, неотложная помощь.

TR(X)2 (е-мэнь)

Топография: на тыльной поверхности кисти, во впадине кпереди от IV и V пястно-фаланговых суставов, на 0,5 цуня от края межпальцевой складки, у локтевого края основания проксимальной фаланги IV пальца; здесь проходят ветви тыльной пальцевой артерии и вены, тыльная венозная сеть кисти, тыльный пальцевой нерв из системы локтевого нерва (см. рис. 122).
При определении рука сжата в кулак, обращена тыльной поверхностью кверху.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы около 3 мм, продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: головная боль, головокружение, снижение слуха, шум в ушах, гингивит, заболевания глаз, боль в области локтевого сустава и предплечья, психические нарушения.

TR(X)3 (чжун-чжу)

Топография: на тыльной поверхности между IV и V пястными костями, в углублении кзади от головки IV пястной кости, у ее локтевого края; проецируется на тыльную межкостную мышцу, иннервируемую из системы локтевого нерва; здесь проходят ветви тыльной пястной артерии и вены, тыльный пальцевой нерв, отходящий от локтевого нерва (см. рис. 122).

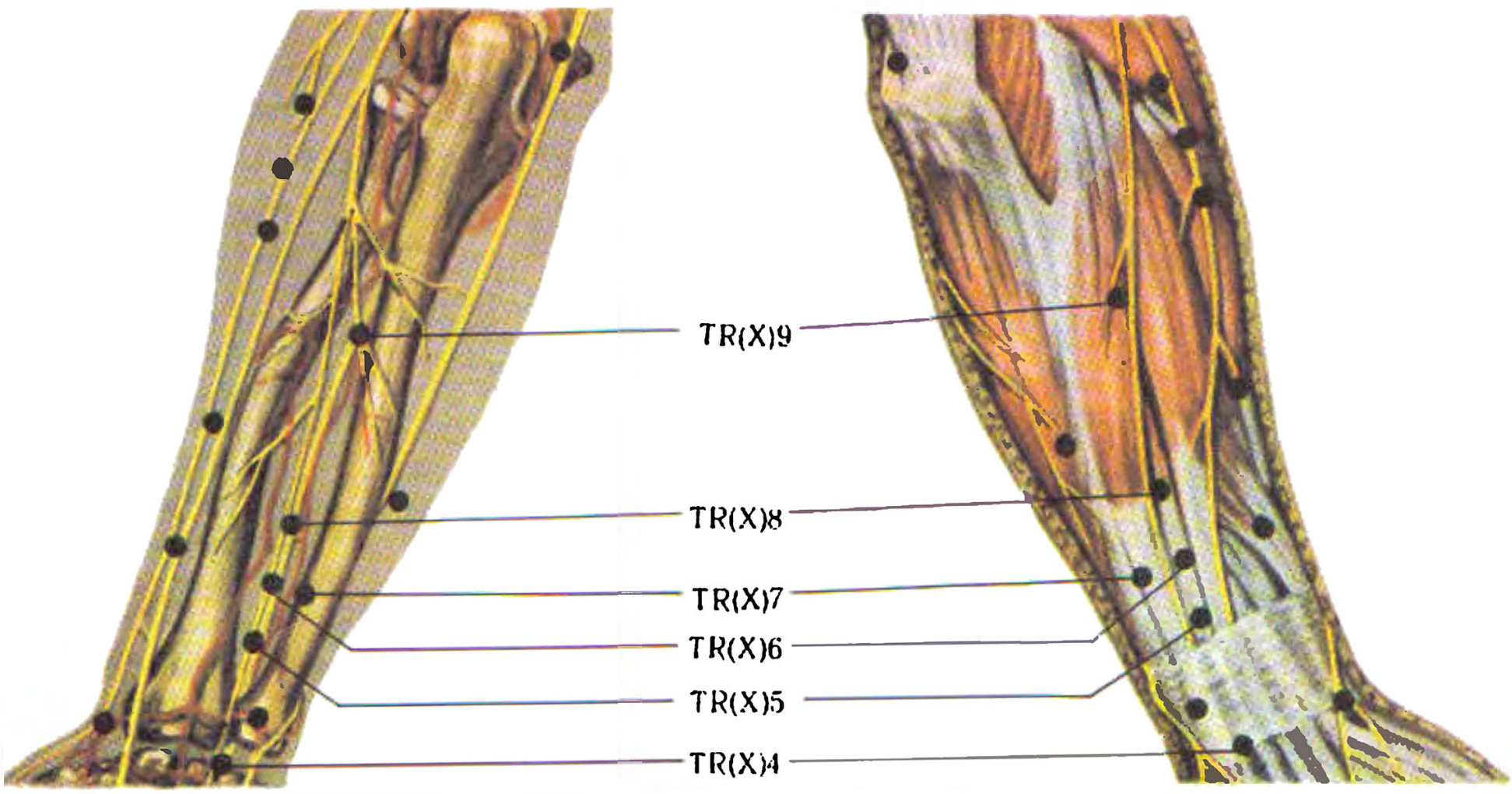


Рис. 123. Проекции точек акупунктуры TR(X)4—TR(X)9 в области предплечья.

Определяется так же, как точка TR(X)2 (е-мэнь).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы около 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: лихорадочные состояния, головная боль, головокружение, снижение слуха, шум в ушах, заболевания полости рта, боль в области локтевого сустава и предплечья, артериальная гипотензия, астеническое состояние, гипергидроз.

TR(X)4 (ян-чи)

Топография: на тыльной поверхности лучезапястного сустава, в углублении между сухожилиями разгибателя пальцев и разгибателя V пальца; здесь проходят ветви артериальной тыльной сети запястья, тыльная венозная сеть кисти, тыльная ветвь локтевого нерва и задний кожный нерв предплечья из системы лучевого нерва (см. рис. 122, 123).

При определении ладонь обращена книзу.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы около 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: перемежающаяся лихорадка, ревматизм, заболевания лучезапястного сустава, двигательные и чувствительные нарушения в области предплечья.

TR(X)5 (вай-гуань)

Топография: на тыльной поверхности предплечья, на 2 цуня выше лучезапястного сустава, между лучевой и локтевой костью. Расстояние от точки TR(X)4 (ян-чи) до локтевого отростка локтевой кости делится на 12 пропорциональных отрезков; проецируется между сухожилиями разгибателя пальцев и разгибателя мизинца, иннервируемыми лучевым нервом; здесь проходят ветви задней межкостной артерии, задней межкостной вены, заднего кожного нерва предплечья (из системы лучевого нерва) (см. рис. 119, 123).

Определяется так же, как точка TR(X)4 (ян-чи).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: лихорадочные состояния, склонность к простудным заболеваниям, астеническое состояние, нарушение сна, неврозы, шум в ушах, снижение слуха, заболевания глаз, зубная боль, заболевания суставов, а также двигательные и чувствительные нарушения в области верхних конечностей, повышенная чувствительность к перемене погоды. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

TR(X)6 (чжи-гоу)

Топография: на 1 цунь выше точки TR(X)5 (вай-гуань), между лучевой и локтевой костью (см. рис. 123).
Проекция и определение те же, что и точки TR(X)5 (вай-гуань).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: лихорадочные состояния, диспепсические явления, заболевания органов дыхания, сердца, боль в области верхних конечностей, межреберная невралгия.

TR(X)7 (хуэй-цзун)

Топография: на горизонтальном уровне точки TR(X)6 (чжи-гоу), у лучевого края локтевой кости; проецируется между разгибателем мизинца и локтевым разгибателем запястья, иннервируемыми лучевым нервом; здесь проходят ветви задней межкостной артерии, медиальной подкожной вены руки, заднего (из системы лучевого нерва) и медиального (из плечевого сплетения) кожных нервов предплечья (см. рис. 123).
При определении рука согнута в локтевом суставе, ладонью обращена книзу.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: снижение слуха, зубная боль, чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей.

TR(X)8 (сань-ян-ло)

Топография: на тыльной поверхности предплечья, на 4 цуня выше лучезапястного сустава, между лучевой и локтевой костью; проецируется между разгибателем пальцев и разгибателем мизинца, более глубоко расположены длинный и короткий разгибатели большого пальца кисти; здесь проходят ветви задней межкостной артерии, медиальной подкожной вены руки, задний кожный нерв предплечья, медиальный кожный нерв предплечья и мышечные ветви лучевого нерва (см. рис. 123).
Определяется так же, как и точки TR(X)7 (хуэй-цзун).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: снижение слуха, зубная боль, головокружение, заболевания глаз, чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей.

TR(X)9 (сы-ду)

Топография: между лучевой и локтевой костью, на 5 цуней ниже локтевого отростка; проецируется между разгибателем пальцев и локтевым разгибателем запястья, иннервируемыми лучевым нервом; здесь проходят ветви задней межкостной артерии, медиальной подкожной вены руки, задний и медиальный кожный нерв предплечья (см. рис. 123).
Определяется так же, как и точка TR(X)7 (хуэй-цзун).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: те же, что и для воздействия на точку TR(X)8 (сань-ян-ло).

TR(X)10 (тянь-цзин)

Топография: на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка локтевой кости, во впадине, прощупываемой при согнутой в локтевом суставе руке; проецируется на сухожилие трехглавой мышцы плеча, иннервируемой лучевым нервом; здесь проходят артерии и вены локтевой суставной сети, задний (из системы лучевого нерва) и медиальный (из плечевого сплетения) кожные нервы плеча (рис. 124).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм (рис. 125); продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов дыхания, снижение слуха, шум в ушах, головная боль, психические расстройства, нарушения сна, неврастения, нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия, боль в области шеи и затылка, кривошея.

TR(X)11 (цин-лэн-юань)

Топография: на 1 цунь выше точки TR(X)10 (тянь-цзин); проецируется на сухожилие трехглавой мышцы плеча; здесь проходят средняя коллатеральная артерия, отходящая от плечевой артерии, плечевые вены, задний и медиальный кожный нерв плеча, мышечные ветви лучевого нерва (см. рис. 124).
При определении рука согнута в локтевом суставе.
Техника: укол прямой, глубина введе-

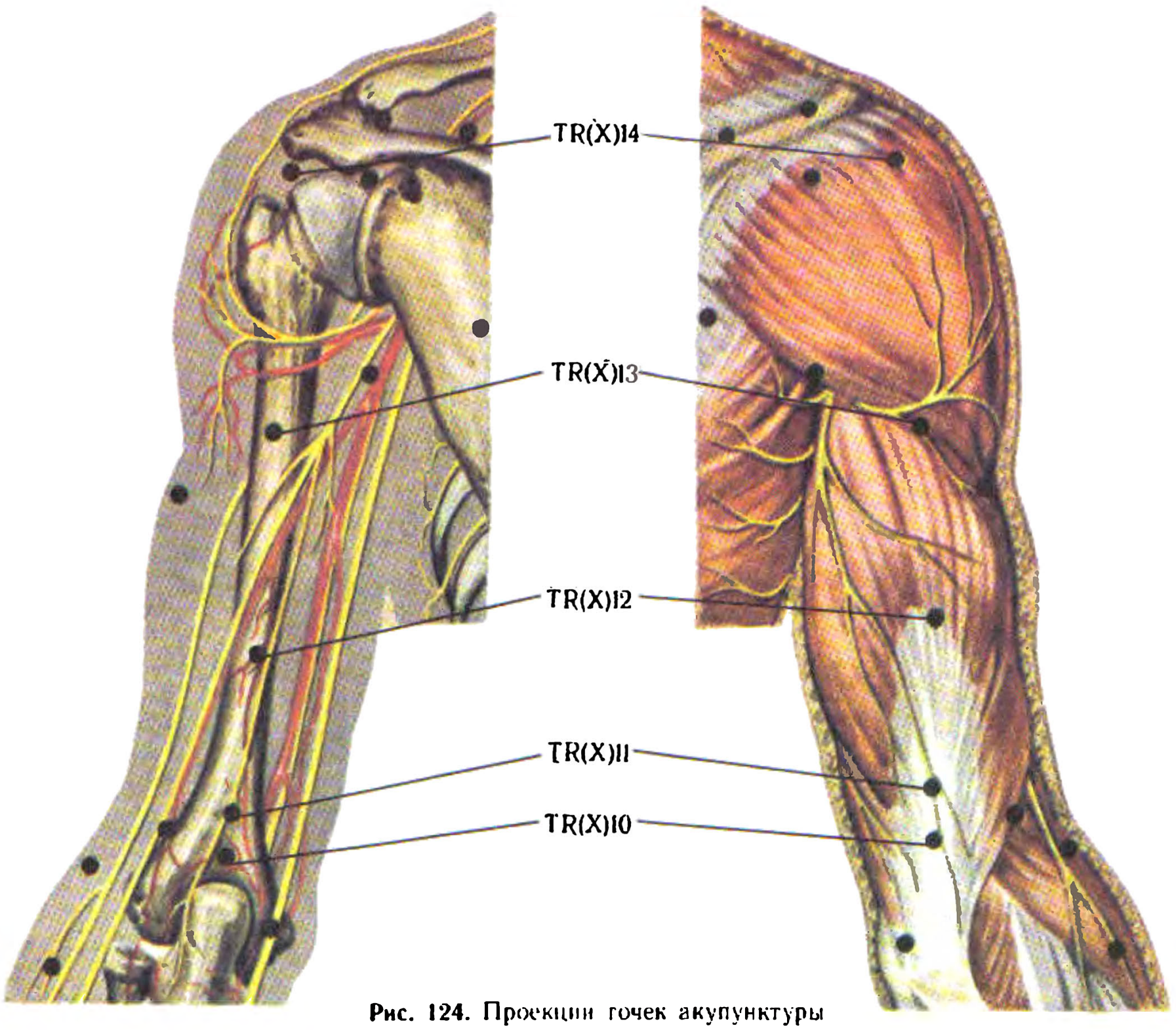


Рис. 124. Проекции точек акупунктуры TR(X)10–TR(X)14 в области плеча.



Рис. 125. Введение акупунктурной иглы в точку TR(X)10 (тянь-цзин)

ния иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: головная боль, чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей, поражение плечевого сустава.

TR(X)12 (сяо-лэ)

Топография: на задней поверхности плеча, на 5 цуней выше локтевого отростка локтевой кости, на середине расстояния между точками TR(X)10 (тянь-цзин) и TR(X)13 (нао-хуэй); проецируется на трехглавую мышцу плеча, иннервируемую лучевым нервом, располагаясь около борозды лучевого нерва плечевой кости; здесь проходят средняя коллатеральная артерия (от плечевой артерии), плечевые вены, задний кожный нерв плеча из системы лучевого нерва (см. рис. 124).

Определяется так же, как и точка TR(X)11 (цин-лэн-юань).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей, головная боль, боль в области шеи и затылка, эпилепсия.

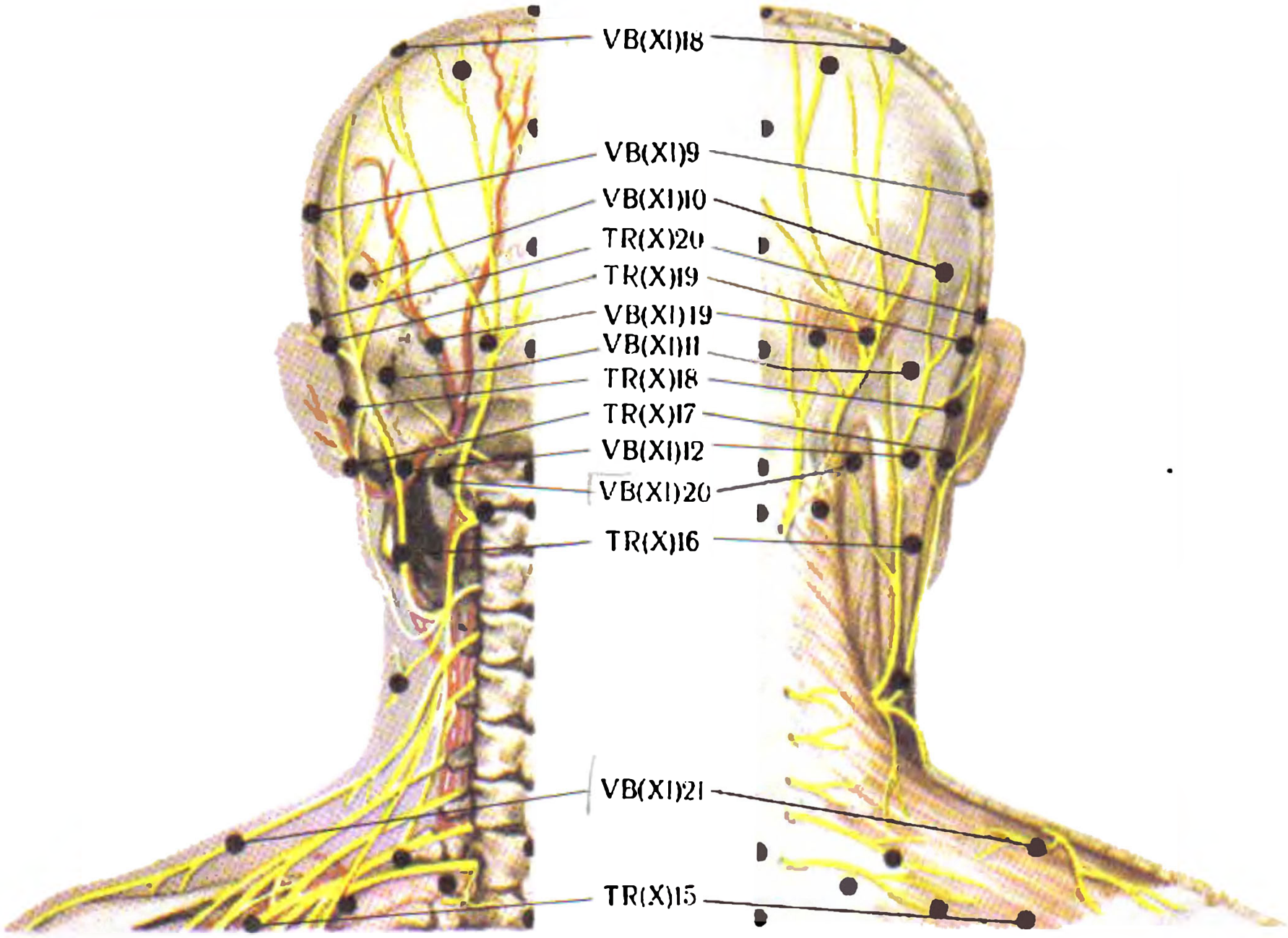


Рис. 126. Проекции точек акупунктуры TR(X)15—TR(X)20, VB(XI)9—VB(XI)12, VB(XI)18—VB(XI)21 в области головы и шеи.

TR(X)13 (нао-хуэй)

Топография: на задней поверхности плеча, у заднего края дельтовидной мышцы, на уровне подмышечной ямки, на 3 цуня ниже точки TR(X)14 (цзянь-ляо); проецируется на задний край дельтовидной мышцы, иннервируемой подмышечным нервом, и верхнюю часть трехглавой мышцы плеча, иннервируемой лучевым нервом; здесь проходят средняя коллатеральная артерия — ветвь плечевой артерии, плечевые вены, задний кожный нерв плеча, верхний латеральный кожный нерв плеча (из подмышечного нерва), в глубине находится ствол лучевого нерва (см. рис. 124).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области верхних конечностей, заболевания плечевого сустава, боль в области шеи и затылка.

TR(X)14 (цзянь-ляо)

Топография: на середине расстояния от точки GI(II)15 (цзянь-юй) до точки IG(VI)10 (нао-шу), кзади и книзу от акромиона, во впадине, определяемой при поднятии руки до горизонтального уровня; проецируется на дельтовидную мышцу, иннервируемую подмышечным нервом; здесь проходят ветви задней артерии, огибающей плечевую кость, и надлопаточной артерии, плечевой вены, дорсальной лопаточной вены, латеральный надключичный нерв (шейное сплетение), верхний латеральный кожный нерв плеча ветвь подмышечного нерва (см. рис. 124).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения плечелопаточной области, межреберная невралгия, боль в области шеи и затылка, головокружение, неврастения.

TR(X)15 (тянь-ляо)

Топография: в надостной ямке, на середине расстояния от точки VB(XI)21 (цзянь-цзин) до верхнего края ости ло-

патки (точка IG(VI)13 (цюй-юань); проецируется на трапециевидную мышцу, иннервируемую добавочным нервом, и надостную мышцу, иннервируемую надлопаточным нервом; здесь проходят ветви надлопаточной артерии, нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, поперечные вены шеи, латеральный надключичный нерв (шейное сплетение) (рис. 126).
Определяется в положении сидя, руки скрещены на груди.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: напряжение мышц в области шеи и затылка, боль в плечелопаточной области, ограничение движений в плечевом суставе.

TR(X)16 (тянь-ю)

Топография: кзади и книзу от сосцевидного отростка, по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне задней границы волосистой части головы; проецируется несколько кзади и книзу от места прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы; здесь проходят ветви задней ушной артерии, затылочной артерии и вены, малый затылочный нерв (шейное сплетение) (см. рис. 126, 127).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: головная боль, головокружение, напряжение мышц области шеи и затылка, снижение слуха, шум в ушах, заболевания глотки, гортани, снижение зрения, отек лица, нарушение сна.

TR(X)17 (и-фэн)

Топография: в углублении кзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и ветвью нижней челюсти, в глубине соответствует шилососцевидному отверстию (рис. 128, *а*); проецируется на передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на двубрюшную мышцу, задний край околоушной железы; здесь разветвляются задняя ушная артерия и вена, большой ушной нерв, поверхностно проходит задняя ушная ветвь лицевого нерва, в глубине выходит лицевой нерв из шилососцевидного отверстия (см. рис. 126).
Техника: укол наклонный, по направлению к глазнице противоположной стороны, глубина введения иглы около 10 мм, при боли в области нижней челюсти иглу вводят по направлению кпереди и кверху; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: паротит, снижение слуха, шум в ушах, поражение лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, зубная боль, заболевания полости рта, увеличение щитовидной железы.

TR(X)18 (ци-май)

Топография: за основанием ушной раковины, в середине края сосцевидного отростка, на границе нижней и верхних двух третей кривой линии, идущей вдоль завитка и соединяющей точки TR(X)20 (цзяо-сунь) и TR(X)17 (и-фэн), на одном уровне с наружным слуховым отверстием; проецируется на заднюю ушную мышцу; здесь проходит задняя ушная артерия и вена, задний ушной нерв — ветвь лицевого нерва, большой ушной и малый затылочный нервы (шейное сплетение) (см. рис. 126, 127).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы около 3 мм (при иглоукалывании нужно вызвать небольшое кровотечение); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: головная боль, особенно при венозном застое, шум в ушах, снижение слуха, заболевания глаз, диспепсические явления, судороги у детей, эпилепсия.

TR(X)19 (лу-си)

Топография: на той же кривой линии, что и точка TR(X)18 (ци-май), в месте соединения ее верхней и двух нижних третей, примерно на 1 цунь выше точки TR(X)18 (ци-май); проецируется на заднюю часть ушной мышцы; здесь проходят задняя ушная артерия и вена, задний ушной (из системы лицевого нерва), большой ушной и малый затылочный нервы (см. рис. 126, 127).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 5 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: рвота, особенно центрального происхождения, одышка, шум в ушах, головная боль, головокружение, фобии, эпилепсия.

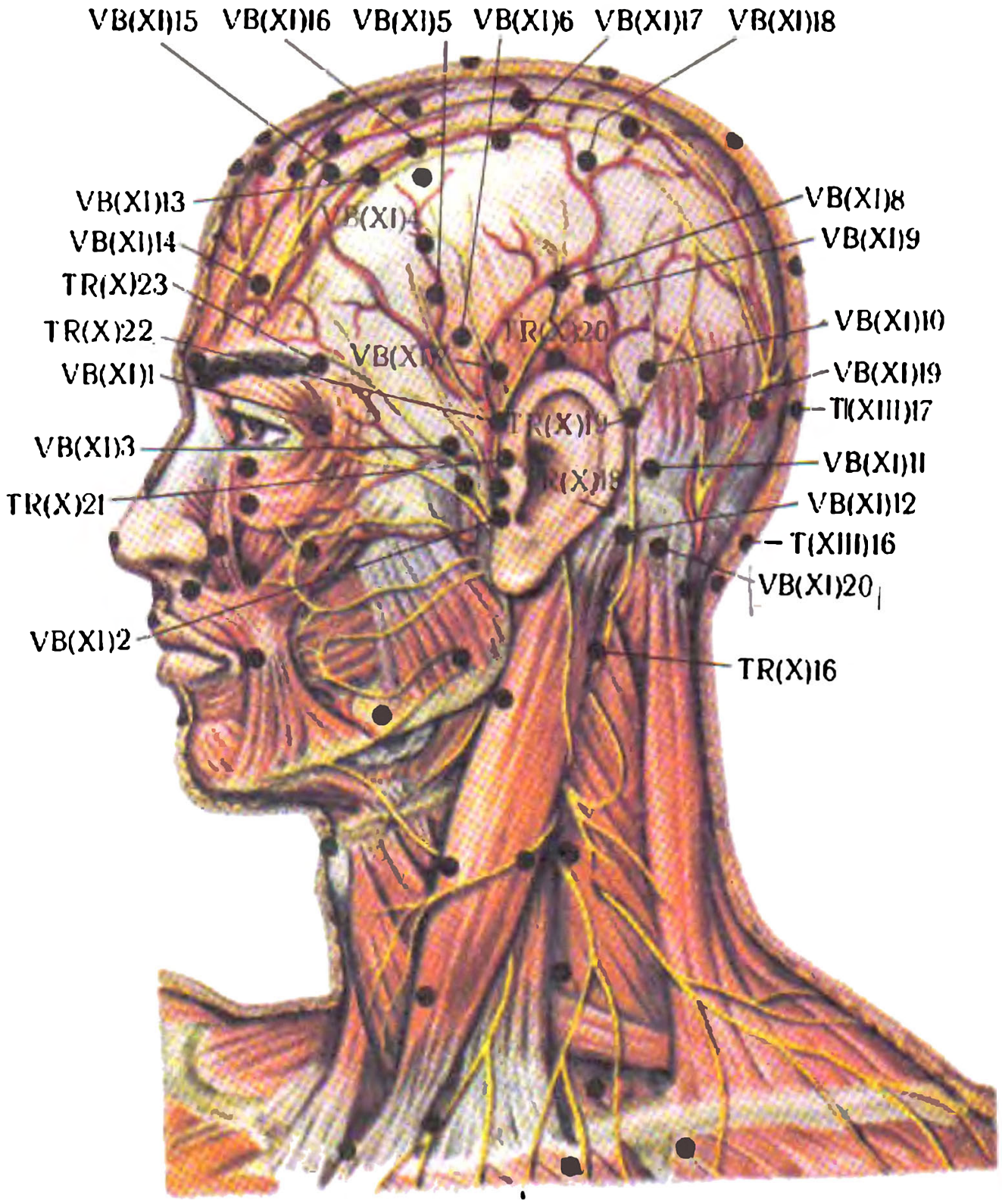


Рис. 127. Проекции точек акупунктуры TR (X) 16, TR (X) 18 – TR (X) 23, VB (XI) 1 – VB (XI) 20 в области головы и шеи.

TR(X)20 (цзяо-сунь)

Топография: в височной области, у верхушки ушной раковины; проецируется на верхнюю ушную мышцу; здесь проходят ветви задней ушной и поверхностной височной артерии, поверхностной височной вены, лицевого, ушно-височного и малого затылочного нервов (см. рис. 126, 127).

При определении ушную раковину следует согнуть кпереди таким образом, чтобы завиток коснулся козелка, точка находится в том месте, где вершина складки на ухе соприкасается с границей волосистой части головы (рис. 128, *б*).

Техника: укол наклонный, по направлению кзади и книзу, глубина введения иглы около 5 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: гипоталамический синдром, головная боль, головокружение, тик и контрактура мышц в области рта, стоматит, поражение жевательных мышц, рвота, увеличение щитовидной железы, заболевания глаз.

TR(X)21 (эр-мэнь)

Топография: у передней ушной вырезки (бороздки), у задневерхнего края височно-нижнечелюстного сустава, где пальпируется углубление; проецируется у нижнего края скуловой дуги; здесь проходят ветви поверхностной височной артерии, поверхностной височной вены, ветви ушно-височного и лицевого нервов (см. рис. 127).

При определении рот открыт.

Техника: укол наклонный, в обход артерии, глубина введения иглы около 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

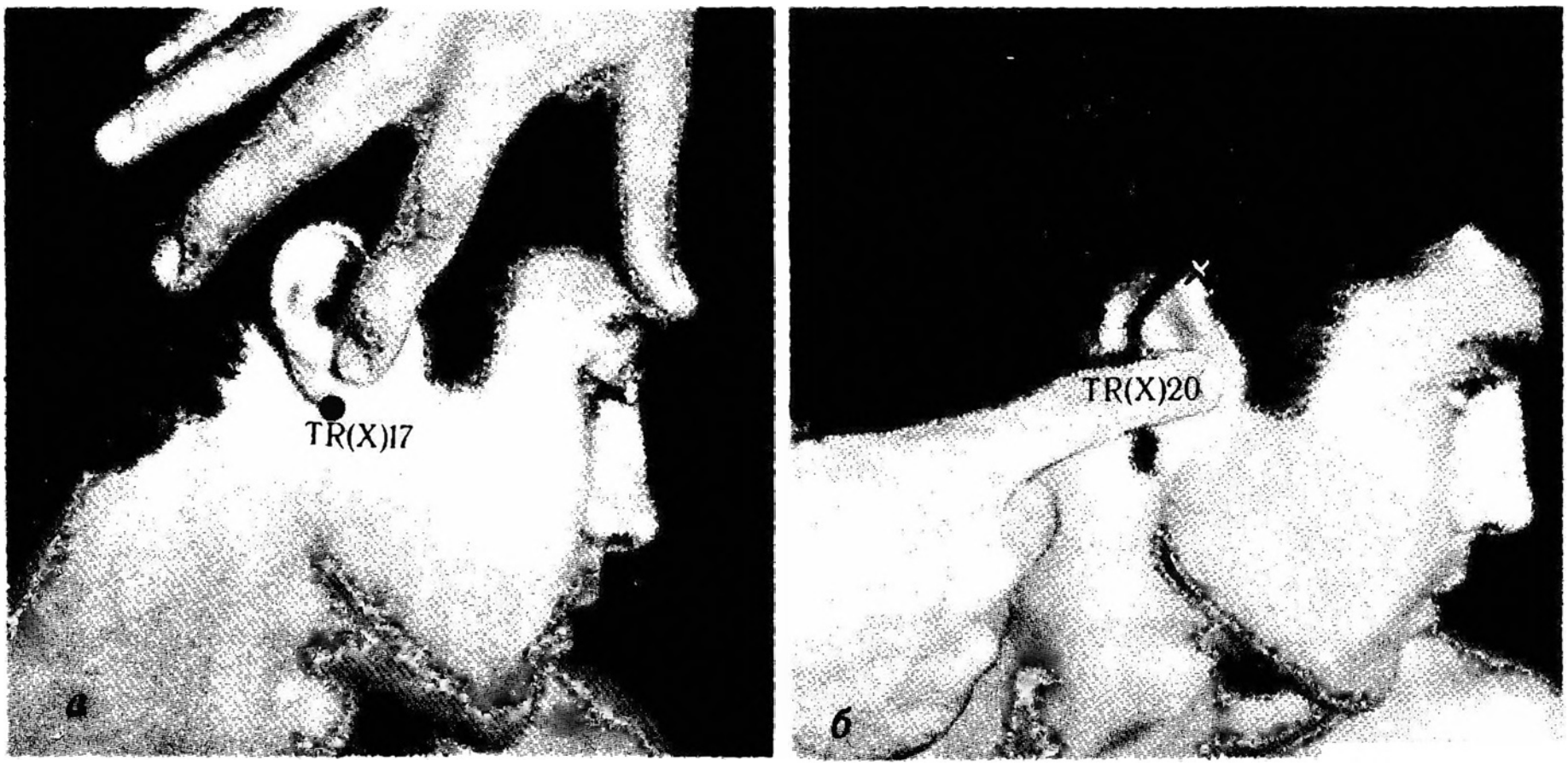


Рис. 128. Локализация точек TR(X)17 (и-фэн) (*а*) и TR(X)20 (цзяо-сунь) (*б*).

Показания: заболевания уха, зубная боль, поражение лицевого нерва, судороги жевательных мышц.

TR(X)22 (хэ-ляо)

Топография: во впадине над скуловой дугой, выше и несколько кпереди от точки TR(X)21 (эр-мэнь), позади поверхностной височной артерии; проецируется на переднюю ушную мышцу; здесь проходят ветви поверхностной височной артерии и вены, ушно-височного нерва (из системы тройничного нерва) и височные ветви лицевого нерва (см. рис. 127).

Техника: укол наклонный, в обход артерии, глубина введения иглы около 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие 1—3 мин).

Показания: головная боль, головокружение, поражение мышц лица, заболевания уха, ринит, носовое кровотечение, зубная боль.

TR(X)23 (сы-чжу-кун)

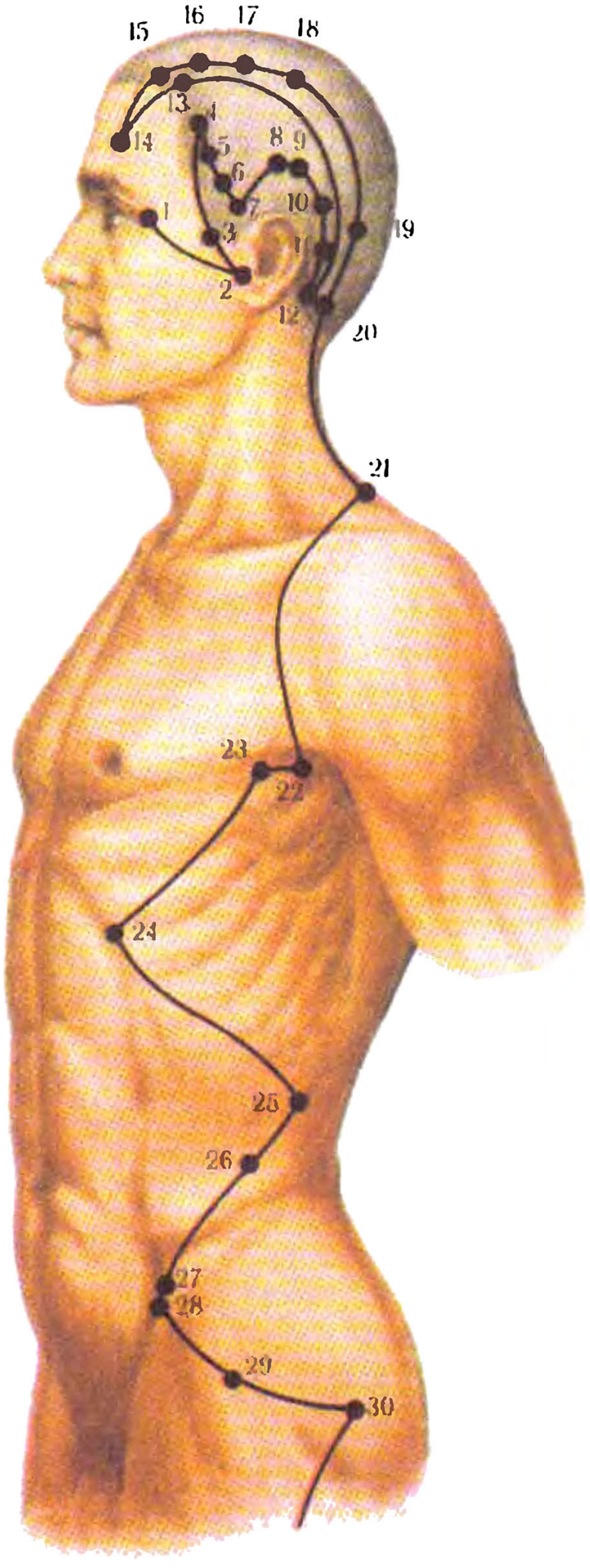
Топография: на наружном конце брови, в углублении, которое соответствует латеральному краю скулового отростка лобной кости; проецируется на круговую мышцу глаза; здесь проходят ветви поверхностной височной артерии и вены, ветви надглазничного нерва и скуловой нерв (из системы тройничного нерва), скуловая ветвь лицевого нерва (см. рис. 127, 130).

Техника: укол почти горизонтальный, с направлением введения вдоль брови на глубину 5—10 мм; термопунктура противопоказана.

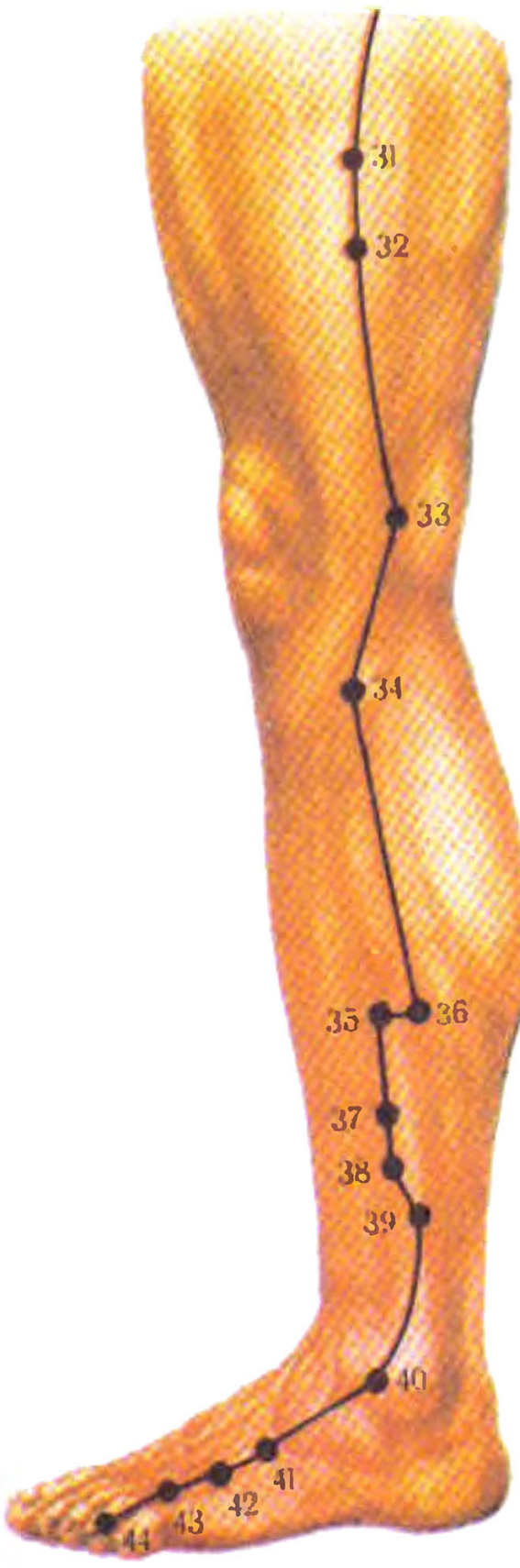
Показания: головная боль, головокружение, заболевания глаз, поражение мышц лица, боль в области лица, заболевания уха.

Меридиан XI (желчного пузыря)

Относится к системе меридианов ян ноги. Центробежный, парный. Насчитывает 44 точки акупунктуры (рис. 129). Первая находится на наружном крае глазницы (VB(XI)1), вторая — у ушной раковины, на уровне межкозелковой вырезки (VB(XI)2). Далее меридиан поднимается до височной области (VB(XI)3—VB(XI)4), затем полого опускается вниз и кзади (VB(XI)5—VB(XI)7), огибает ушную раковину (VB(XI)8—VB(XI)11), доходя до сосцевидного отростка (VB(XI)12). Отсюда по третьей боковой линии головы возвращается на область лица, смещаясь в медиальном направлении к точке VB(XI)14, которая находится на 1 цунь выше середины брови. От нее под острым углом поворачивает назад и по второй боковой линии головы последовательно проходит лобную, теменную и затылочную области (VB(XI)15—VB(XI)19), спускаясь на заднюю поверхность шеи (VB(XI)20) и надлопаточную область (VB(XI)21), огибает спереди плечевой сустав, проходит боковую поверхность грудной клетки (VB(XI)22—VB(XI)23) и направляется к точке VB(XI)24, располагающейся на сред-



а



б

Рис. 129. Точки акупунктуры меридиана XI (желчного пузыря) (*а*, *б*).

неключичной линии, на уровне VII межреберья. Далее ход меридиана смещается к свободному концу XII ребра (VB(XI)25) и слегка изогнутой кпереди линией параллельно гребню подвздошной кости (VB(XI)26—VB(XI)29), достигает латерального отдела ягодичной области (VB(XI)30), переходит на боковую поверхность бедра (VB(XI)31—VB(XI)33), голени (VB(XI)34—VB(XI)39), пересекает голеностопный сустав кпереди от латеральной лодыжки (VB(XI)40). На тыле стопы (VB(XI)41—VB(XI)43), пройдя между IV и V плюсневыми костями, заканчивается на дистальной фаланге IV пальца (VB(XI)44). Время максимальной активности меридиана с 23 до 1 ч.

Стандартные пункты: точка входа — VB(XI)1 (туи-цзы-ляо); гонизирующая точка — VB(XI)43 (ся-си); седативная точка — VB(XI)38 (ян-фу); точка-пособник — VB(XI)40 (цю-сюй); стабилизирующая точка — VB(XI)37 (гуан-мин); сочувственная точка — V(VII)19 (дань-шу); точка-глашатай — VB(XI)24 (жи-юе); точка выхода — VB(XI)41 (цзу-линь-ци).

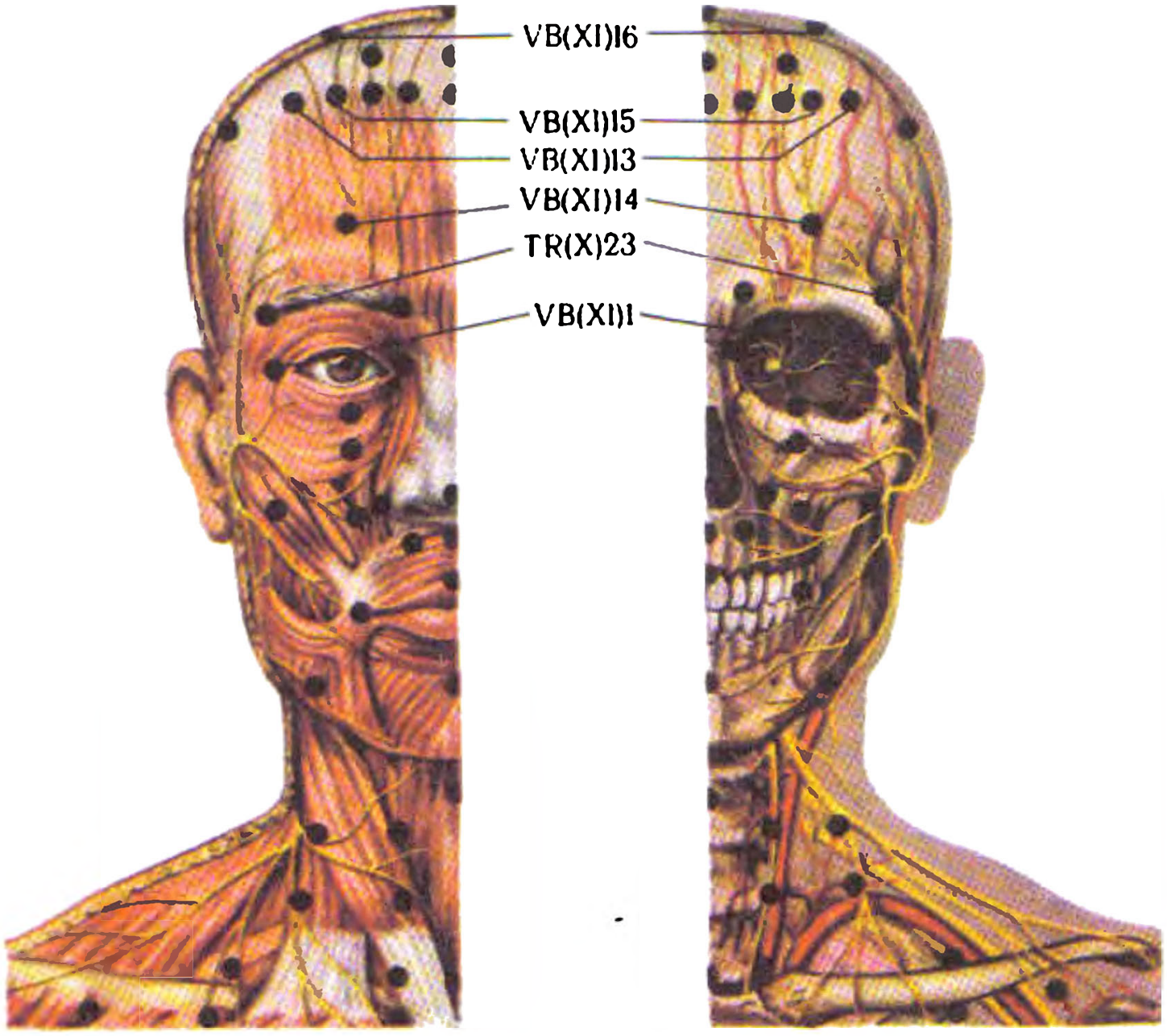


Рис. 130. Проекции точек акупунктуры TR(X)23, VB(XI)1, VB(XI)13—VB(XI)16 в области головы.

VB(XI)1 (тун-цзы-ляо)

Топография: примерно на 0,5 см кнаружи от наружного угла глаза, во впадине на краю глазницы; проецируется на круговую мышцу глаза, иннервируемую лицевым нервом; здесь проходят скулоглазничная артерия — ветвь поверхностной височной артерии, глубокие височные артерии — ветви верхнечелюстной артерии, скулоглазничная вена, скулолицевая и скуловисочная ветви скулового нерва из системы тройничного нерва (см. рис. 127, 130).

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кнаружи, глубина введения иглы 5—10 мм; термопунктура противопоказана.

Показания: заболевания глаз, боль в лицевой области, поражение мышц лица, головная боль, головокружение.

VB(XI)2 (тин-хуэй)

Топография: в углублении между ушной раковиной и задним краем нижней челюсти, на уровне межкозелковой вырезки; проецируется на околоушную слюнную железу с проходящими в ее паренхиме лицевым и ушно-височным нервами; здесь проходят передние ушные ветви поверхностной височной артерии, поверхностные височные вены, ветви большого ушного нерва из системы шейного сплетения, в глубине располагается наружная сонная артерия (см. рис. 127).

При определении рот открыт.

Техника: иглоукалывание проводится при открытом рте, укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания уха, поражение лицевого нерва, контрактура жевательных мышц, головокружение, зубная боль, заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

VB(XI)3 (шан-гуань)

Топография: у верхнего края скуловой дуги, над ее центральной частью; проецируется на височную мышцу, иннервируемую двигательным корешком тройничного нерва; здесь проходит скулоглазничная артерия, отходящая от поверхностной височной артерии, скулоглазничная вена, скуловые и

височные ветви лицевого нерва, ветви скулового и ушно-височного нервов из системы тройничного нерва (см. рис. 127).
Техника: укол прямой или наклонный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: мигрень, головокружение, поражение мышц лица, невралгия тройничного нерва, зубная боль.

VB(XI)4 (хань-янь)

Топография: в височной области, кзади от передней границы роста волос, на 1 цунь ниже точки E(III)8 (тоу-вэй) (при жевании в зоне точки определяются выраженные движения мышц); проецируется на верхнюю часть височной мышцы, иннервируемой тройничным нервом; здесь проходят ветви поверхностной височной артерии и вены, височные ветви лицевого нерва, ушно-височный нерв от тройничного нерва (см. рис. 127).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу и кзади, глубина введения иглы 5—10 мм (рис. 131); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, мигрень, невралгия тройничного нерва, поражение мышц лица, заболевания глаз, шум в ушах, снижение слуха, зубная боль.

VB(XI)5 (сюань-лу)

Топография: на границе верхней и нижних третей расстояния между точками VB(XI)4 (хань-янь) и VB(XI)7 (цюй-бинь); проекция та же, что и точки VB(XI)4 (хань-янь) (см. рис. 127).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу и кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, мигрень, ринит, зубная боль, неврастения.

VB(XI)6 (сюань-ли)

Топография: на границе нижней и верхних третей расстояния между точками VB(XI)4 (хань-янь) и VB(XI)7 (цюй-бинь); проекция та же, что и точки VB(XI)4 (хань-янь) (см. рис. 127).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, мигрень, ринит, отечность лица, зубная боль.

VB(XI)7 (цюй-бинь)

Топография: на пересечении горизонтальной линии, проведенной через верхушку уха, и вертикальной — через передний край уха, примерно на 1 цунь кпереди от точки TR(X)20 (цзяо-сунь); здесь проходят ветви поверхностной височной артерии и вены, височные ветви лицевого нерва, ушно-височный нерв (из системы тройничного нерва) (см. рис. 127).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: мигрень, заболевания глаз, невралгия тройничного нерва, боль в лобно-теменной и височной областях, височно-нижнечелюстном суставе, головная боль при табакизме.

VB(XI)8 (шуай-гу)

Топография: на 1,5 цуня выше верхушки ушной раковины, в области шва теменной и височной костей; проецируется на височную мышцу, иннервируемую двигательным корешком тройничного нерва, здесь проходят ветви поверхностной височной артерии и вены, ушно-височного (из системы тройничного нерва) и малого затылочного (из шейного сплетения) нервов, височные ветви лицевого нерва (см. рис. 127).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: боль в теменной и шейно-затылочной области, мигрень, заболевания глаз, диспепсические явления, жажда, кашель, головная боль при табакизме, алкогольном опьянении.

VB(XI)9 (тянь-чун)

Топография: на 0,5 цуня кзади от точки VB(XI)8 (шуай-гу), на вертикальной линии, проходящей через задний край сосцевидного отростка; здесь проходят ветви поверхностной височной и задней ушной артерий, задней ушной вены, малого затылочного нерва (см. рис. 126, 127).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению к ушной раковине, глубина

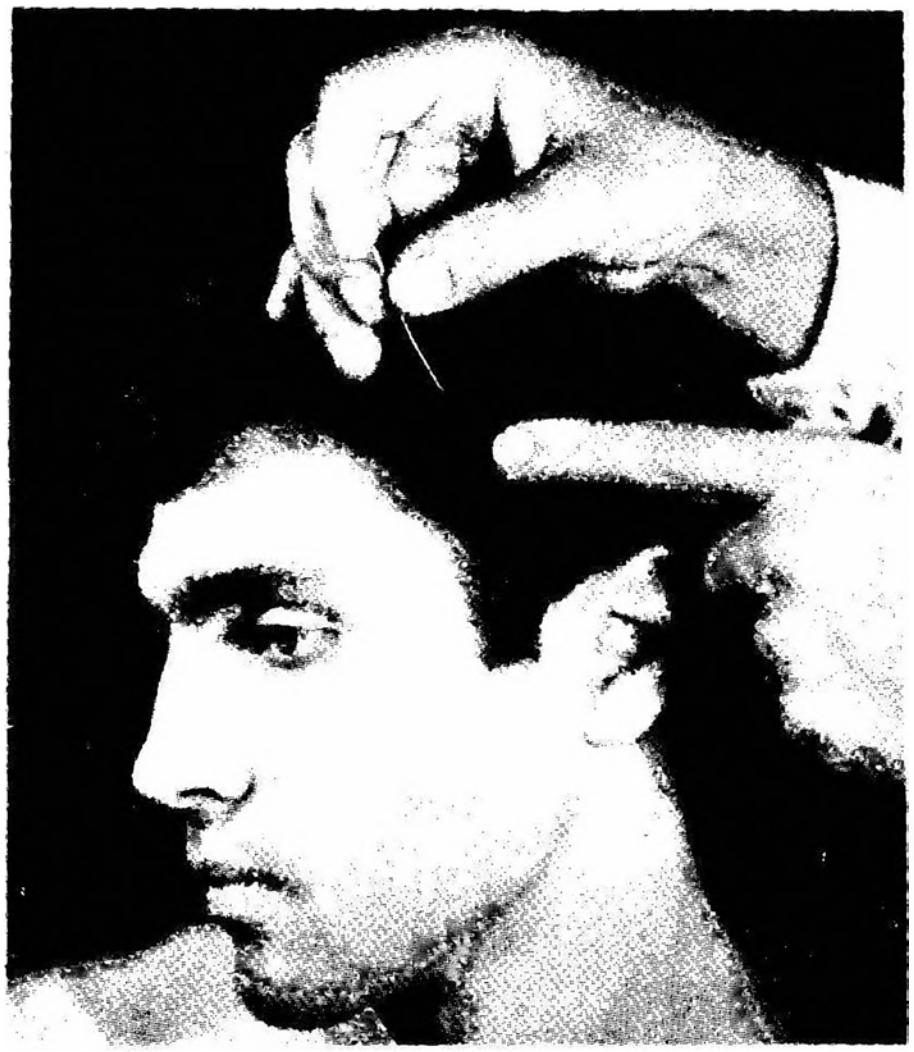


Рис. 131. Введение акупунктурной иглы в точку VB(XI)4 (хань-янь).



Рис. 132. Введение акупунктурной иглы в точку VB(XI)12 (тоу-вань-гу).

введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, напряжение мышц шейно-затылочной области, эпилепсия, зубная боль.

VB(XI)10 (фу-бай)

Топография: над задним краем сосцевидного отростка, примерно на 1 цунь ниже точки VB(XI)9 (тянь-чун); несколько выше горизонтальной линии, проведенной через верхний край ушной раковины; здесь проходят задняя ушная артерия и вена, задний ушной нерв — ветвь лицевого нерва, большой ушной и малый затылочный нервы, отходящие от шейного сплетения (см. рис. 126, 127).

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: боль и напряжение мышц в шейно-затылочной области, шум в ушах, снижение слуха, икота, зубная боль, двигательные нарушения в области конечностей.

VB(XI)11 (тоу-цяо-инь)

Топография: на середине расстояния между точками VB(XI)10 (фу-бай) и VB(XI)12 (тоу-вань-гу); проекция та же, что и точки VB(XI)10 (фу-бай) (см. рис. 126, 127).

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: боль в затылочной и теменной области, головокружение, невралгия тройничного нерва, судороги мышц конечностей, шум в ушах, снижение слуха, икота.

VB(XI)12 (тоу-вань-гу)

Топография: выше задней границы волосистой части головы, в углублении у заднего края сосцевидного отростка, на горизонтальной линии, проведенной через нижнюю часть затылочной кости; проецируется на ременную мышцу головы, иннервируемую задними ветвями шейных нервов; здесь проходят ветви задней ушной артерии и вены, большого ушного нерва, ствол малого затылочного нерва (см. рис. 126, 127).

Определяется в положении сидя, голова наклонена.

Техника: укол наклонный, по направлению к глазнице противоположной стороны (рис. 132), глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, мигрень, поражение лицевого нерва, отечность лица, заболевания уха, глотки и гортани, зубная боль, нарушение сна.

VB(XI)13 (бэнь-шэнь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от точки T(XIII)24 (шэнь-тин) и на 0,5 цуня от передней границы волосистой части голо-

вы, на третьей боковой линии головы, проходящей через наружный угол глаза; проецируется на лобное брюшко надчерепной мышцы; здесь проходят ветви надглазничной и поверхностной височной артерий, надглазничной и поверхностной височной вен, надглазничного нерва, отходящего от первой ветви тройничного нерва (см. рис. 127, 130).

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, головокружение, напряжение мышц шейно-затылочной области, неврастения, эпилепсия.

VB(XI)14 (ян-бай)

Топография: на 1 цунь выше середины брови; проецируется на лобное брюшко надчерепной мышцы; здесь проходят ветви надглазничной артерии и вены, окончания латеральной ветви надглазничного нерва из системы тройничного нерва (см. рис. 127, 130).

Определяется при прямом взгляде на вертикальной линии, проходящей через зрачок.

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кверху, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: головная боль, невралгия тройничного нерва, поражение мышц лица, нарушение сна, заболевания глаз, диспепсические явления.

VB(XI)15 (тоу-линь-ци)

Топография: на второй боковой линии головы, на 0,5 цуня выше передней границы роста волос; проецируется на лобное брюшко надчерепной мышцы; здесь проходят ветви надглазничной артерии и вены, окончания медиальной и латеральной ветвей надглазничного нерва (см. рис. 127, 130).

Определяется при прямом взгляде, на вертикальной линии, проходящей через зрачок.

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия, заболевания глаз, носа.

VB(XI)16 (му-чуан)

Топография: на 1,5 цуня кзади от точки VB(XI)15 (тоу-линь-ци); проецируется на сухожильный шлем головы и лобную кость; здесь проходят ветви поверхностной височной артерии и вены и надглазничного нерва (см. рис. 127, 130).

Определяется при прямом взгляде на вертикальной линии, проходящей через зрачок.

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, головокружение, заболевания глаз, носа, отечность лица.

VB(XI)17 (чжэн-ин)

Топография: на 1,5 цуня кзади от точки VB(XI)16 (му-чуан); проецируется на сухожильный шлем и теменную кость; здесь проходят ветви поверхностной височной и затылочной артерий, поверхностной височной и затылочной вен, ветви лобного и большого затылочного нервов (см. рис. 127).

Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, головокружение, заболевания глаз, зубная боль.

VB(XI)18 (чэн-лин)

Топография: на 1,5 цуня кзади от точки VB(XI)17 (чжэн-ин), на поперечной линии, проведенной через точку T(XIII)20 (байхуэй); проецируется на сухожильный шлем в области теменного бугра; здесь проходят ветви поверхностной височной и затылочной артерий, поверхностной височной и затылочной вен, лобного и большого затылочного нервов (см. рис. 126, 127).

Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм, продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: головная боль, мигрень, головокружение, носовое кровотечение, зубная боль, бронхиальная астма, лихорадка.

VB(XI)19 (нао-кун)

Топография: на 1,5 цуня выше точки VB(XI)20 (фэн-чи), на уровне верхней границы затылочного выступа, где расположена точка T(XIII)17 (нао-ху); проецируется на затылочное брюшко надчерепной мышцы, в месте соединения теменной, височной и затылочной костей; здесь проходят ветви затылочной артерии и вены, большого затылочного нерва (см. рис. 126, 127).
Техника: укол наклонный, по направлению книзу, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, боль и напряжение мышц шейно-затылочной области, носовое кровотечение, сердцебиение, бронхиальная астма, лихорадка.

VB(XI)20 (фэн-чи)

Топография: в ямке между точками прикрепления трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц, у нижнего края затылочной кости, на середине расстояния между точкой T(XIII)16 (фэн-фу) и сосцевидным отростком, на 1 цунь выше задней границы роста волос; проецируется между трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцами; здесь проходят ветви затылочной артерии, затылочной вены, большого и малого затылочного нервов (см. рис. 126, 127).
Техника: укол наклонный, в медиальном направлении (к носу), глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, цереброваскулярные расстройства, эмоциональная лабильность, неврастения, нарушение сна, артериальная гипертензия, боль в области шеи, плеча, спины и поясницы, заболевания глаз, носа, уха.

VB(XI)21 (цзянь-цзин)

Топография: на середине расстояния между акромионом и нижним краем остистого отростка VII шейного позвонка, где расположены точки GI(II)15 (цзянь-юй) и T(XIII)14 (да-чжуй); проецируется на трапециевидную мышцу, иннервируемую добавочным нервом, в промежутке между надостной мышцей, иннервируемой надлопаточным нервом, и мышцей, поднимающей лопатку, иннервируемой дорсальным нервом

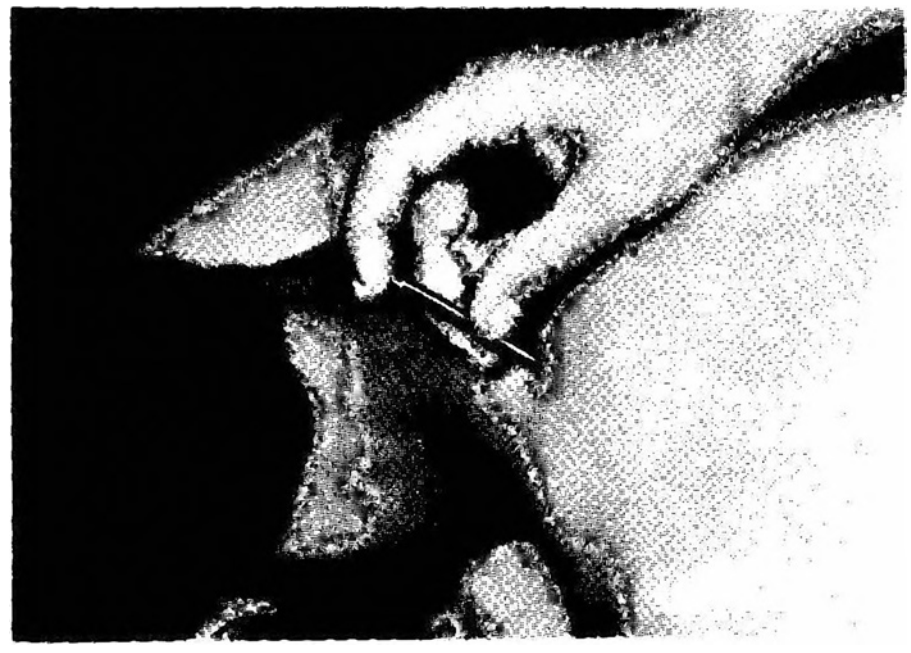


Рис. 133. Введение акупунктурной иглы в точку VB(XI)21 (цзянь-цзин).

лопатки плечевого сплетения; здесь проходят нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, поперечные вены шеи, надключичные нервы, ветви надлопаточного нерва (см. рис. 126).
Определяется в положении сидя, голова наклонена.
Техника: укол наклонный, по направлению к грудной клетке, глубина введения иглы 10—20 мм (иглоукалывание лучше проводить в положении лежа) (рис. 133); продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: головная боль, головокружение, нарушения мозгового кровообращения, неврозы, боль в плечелопаточной и шейно-затылочной области, напряжение шейно-затылочных мышц, поражение добавочного нерва, гинекологические заболевания.

VB(XI)22 (юань-е)

Топография: в V межреберном промежутке, по средней подмышечной линии; проецируется на переднюю зубчатую мышцу, иннервируемую длинным грудным нервом плечевого сплетения; здесь проходят ветви внутренней грудной и межреберной артерий, грудных вен, латеральная кожная ветвь передних ветвей пятого грудного нерва (рис. 134).
При определении рука поднята кверху.
Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи и вверх вдоль межреберья, игла вводится ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: межреберная невралгия, спазмы мышц грудной клетки, заболевания органов дыхания.

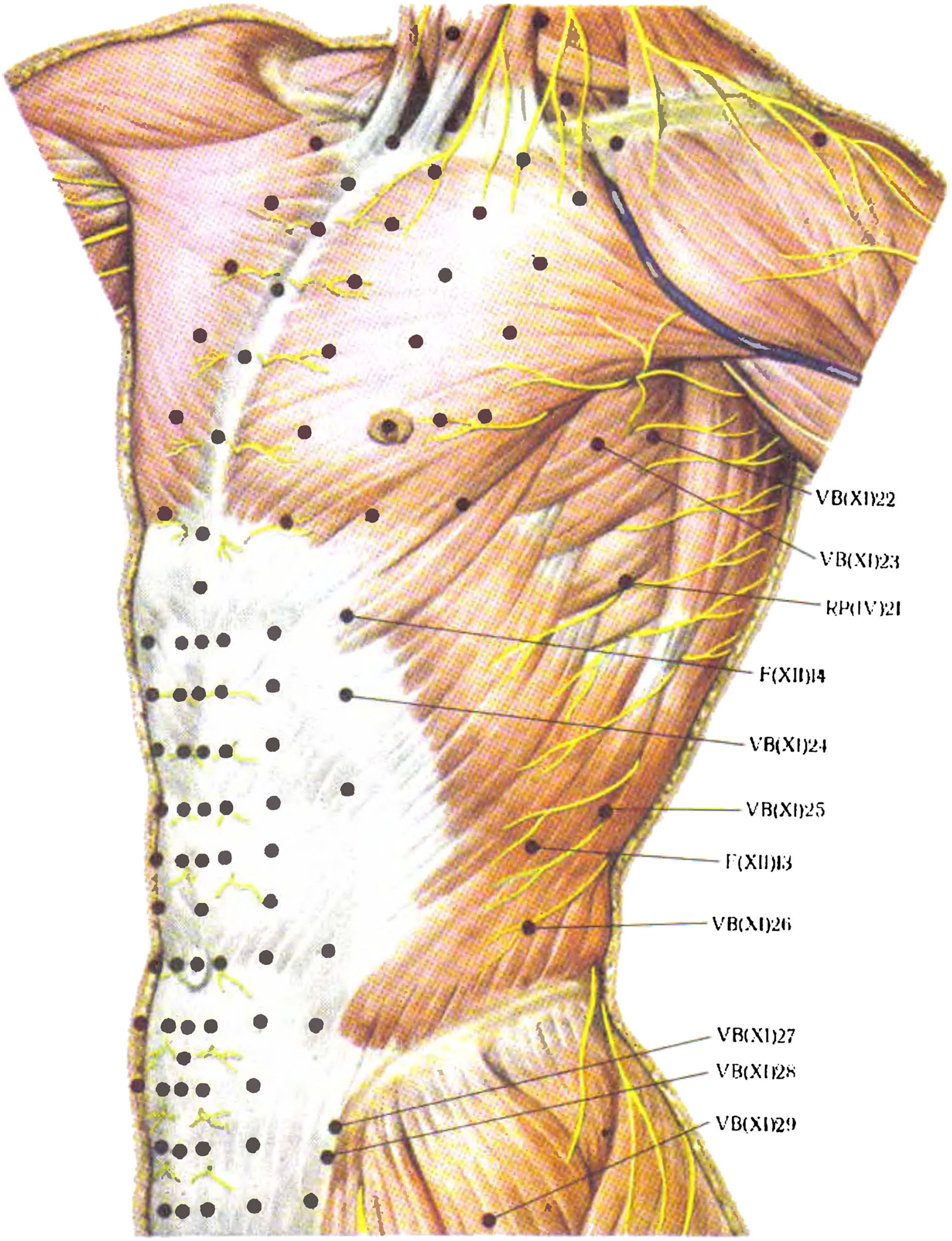


Рис. 134. Проекции точек акупунктуры RP(IV)21, VB(XI)22—VB(XI)29, F(XII)13, F(XII)14 в области туловища.

VB(XI)23 (чжэ-цзинь)

Топография: в V межреберье, на 1 цунь кпереди от точки VB(XI)22 (юань-е); проекция та же, что и точки VB(XI)22 (юань-е) (см. рис. 131).

При определении рука поднята кверху.

Техника: укол наклонный, вдоль межреберья, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: диспепсические явления, бронхиальная астма, межреберная невралгия, неврастения.

VB(XI)24 (жи-юе)

Топография: в VII межреберье, по среднеключичной линии; проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки; здесь проходят ветви межреберной артерии и вены, латеральная кожная ветвь передних ветвей седьмого грудного нерва (см. рис. 76, 134, 158).

Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов пищеварения, спазм диафрагмы, боль в подреберье, психические нарушения.

VB(XI)25 (цзин-мэнь)

Топография: на боковой поверхности живота, у нижнего края свободного конца XII ребра; проецируется на наружную и внутреннюю косые и поперечную мышцу живота, иннервируемые грудными, подвздошно-подчревным и подвздошно-паховым нервами; здесь проходят ветви межреберных артерий и вен, поверхностной надчревной артерии и вены, латеральная кожная ветвь передних ветвей одиннадцатого грудного нерва (см. рис. 98, 101, 134).
Определяется в положении лежа на боку или на животе.
Техника: укол наклонный, в медиальном направлении (к позвоночному столбу), глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: диспепсические явления, межреберная невралгия, боль в подреберье, пояснице, тазобедренном суставе, заболевания почек, артериальная гипертензия.

VB(XI)26 (дай-май)

Топография: непосредственно под свободным концом XI ребра, на уровне пупка; проецируется на мышцы переднебоковой области брюшной стенки, иннервируемые грудными, подвздошно-подчревным и подвздошно-паховым нервами; здесь проходят ветви подреберной артерии и вены, подреберного нерва (см. рис. 134).
Определяется в положении лежа на боку.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в подреберье, пояснице, гинекологические заболевания.

VB(XI)27 (у-шу)

Топография: на 3 цуня ниже и кпереди от точки VB(XI)26 (дай-май), на горизонтальной линии точки J(XIV)4 (гуаньюань), перед верхней передней подвздошной остью; проецируется в нижней области наружной и внутренней косых и поперечной мышц живота, иннервируемых грудными, подвздошно-подчревным и подвздошно-паховым нервами; здесь проходят ветви поверхностных артерии, огибающей подвздошную кость, и вены, окружающей подвздошную кость, кожные ветви подвздошно-подчревного нерва (см. рис. 134).
Определяется в положении лежа на боку или на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: диспепсические явления, боль в области спины и поясницы, заболевания мочеполовых органов.

VB(XI)28 (вэй-дао)

Топография: на 0,5 цуня кпереди и книзу от точки VB(XI)27 (у-шу), кпереди и книзу от верхней передней подвздошной ости; проекция та же, что и точки VB(XI)27 (у-шу) (см. рис. 134).
Техника: укол наклонный, по направлению к паховой области, глубина введения иглы 20—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, анорексия, боль в пояснице и нижних конечностях, урологические и гинекологические заболевания.

VB(XI)29 (цзюй-ляо)

Топография: на середине расстояния между верхней передней подвздошной остью и верхушкой большого вертела бедренной кости; проецируется на мышцу — напрягатель широкой фасции, иннервируемую верхним ягодичным нервом крестцового сплетения; здесь проходят поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость, и поверхностная вена, окружающая подвздошную кость, латеральная артерия, огибающая бедренную кость, латеральный кожный нерв бедра (см. рис. 134).
Определяется в положении лежа на боку или на спине, ноги выпрямлены.
Техника: укол наклонный, по направлению к тазобедренному суставу, глубина введения иглы 20—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: поясничная боль, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания мочеполовых органов.

VB(XI)30 (хуань-тяо)

Топография: в верхнелатеральном отделе ягодичной области, кзади от тазобедренного сустава, на границе наружной и внутренних третей расстояния от крестцово-копчикового сустава (входа в крестцовый канал) до верхушки большого вертела бедренной кости (рис. 135); проецируется на большую и среднюю ягодичные мышцы, иннервируемые нижним и верхним ягодичными нервами крестцового сплетения, на нижний край грушевидной мышцы с проходящим под ней седалищным нервом; здесь проходят ветви нижней ягодичной артерии от внутренней подвздошной артерии, нижних ягодичных вен, задние ветви (верхние и средние ветви ягодиц) поясничных и крестцовых нервов (см. рис. 103, 136).

Определяется в положении лежа на боку, нога согнута; находится в месте пересечения прямой линии, соединяющей седалищный бугор и верхушку подвздошного гребня с перпендикуляром, проведенным к ней от большого вертела бедренной кости.

Техника: укол наклонный, по направлению к тазобедренному суставу, глубина введения иглы 30—75 мм; продолжительность термопунктуры увеличена (дистантное воздействие в среднем 20—50 мин).

Показания: боль в области поясницы, бедра, тазобедренного и коленного суставов, ишиалгия, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания кожи.

VB(XI)31 (фэн-ши)

Топография: на наружной поверхности бедра, на 7 цуней выше верхнего края надколенника, у латерального края четырех-

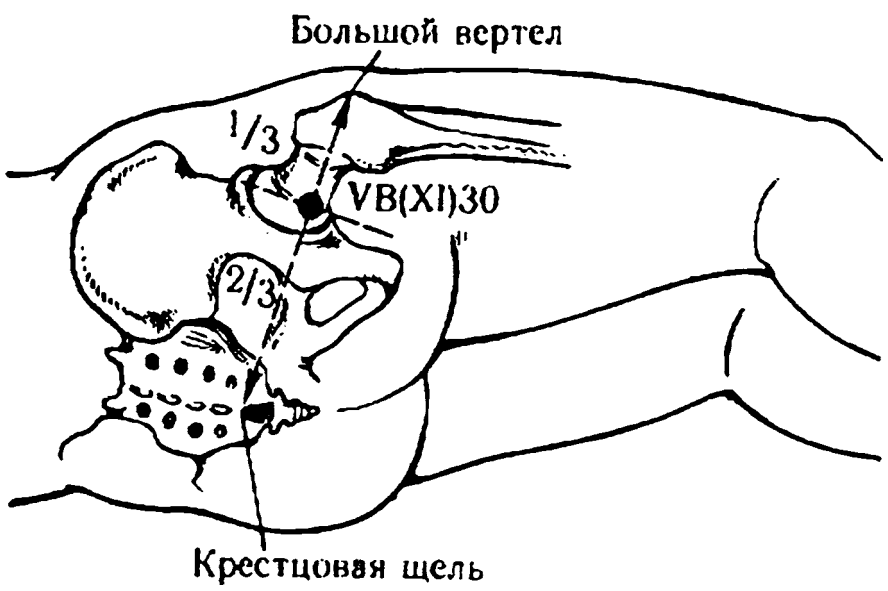


Рис. 135. Схема локализации точки VB(XI)30 (хуань-тяо).

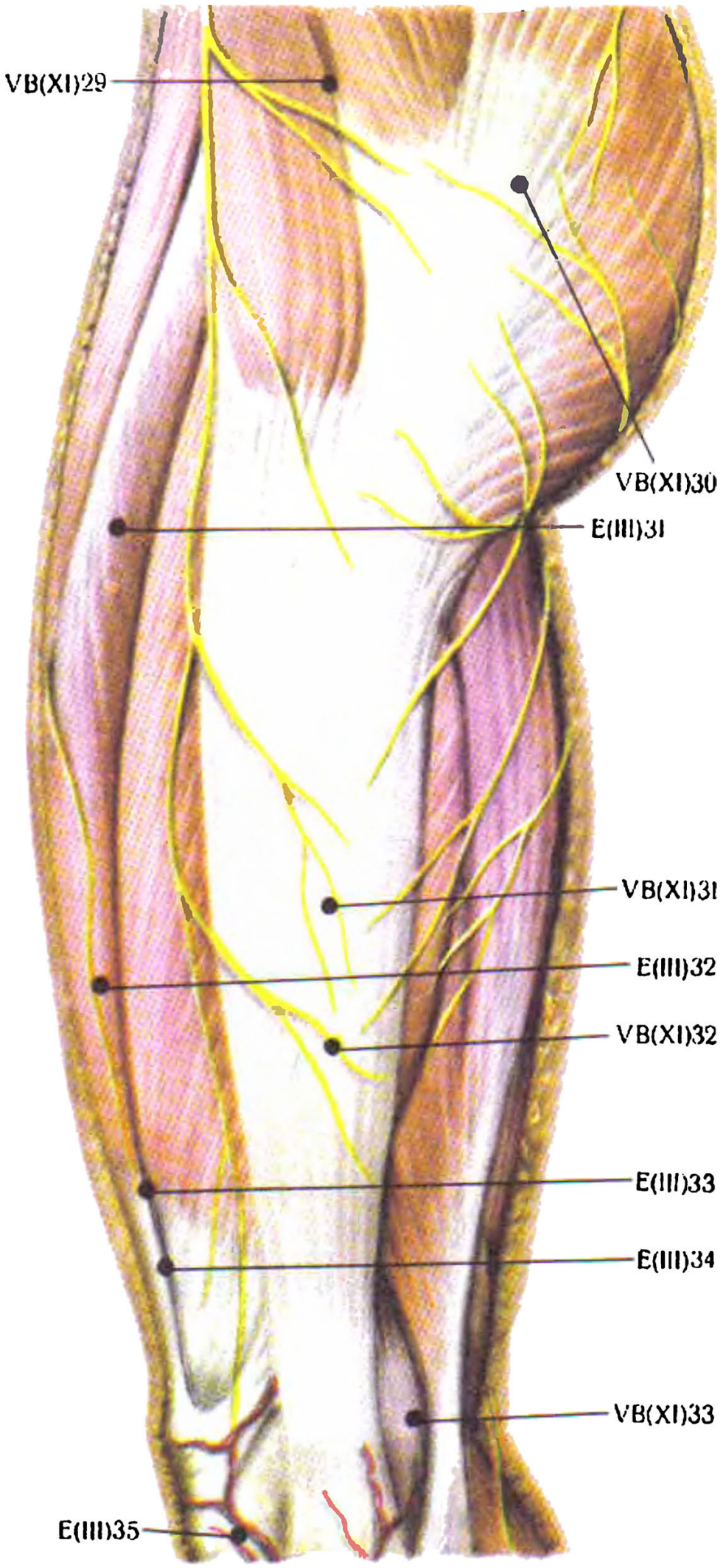


Рис. 136. Проекции точек акупунктуры E(III)31—E(III)35, VB(XI)30—VB(XI)33 в области нижней конечности.

главой мышцы бедра; проецируется на латеральную широкую мышцу бедра, иннервируемую бедренным нервом; здесь проходят ветви латеральной артерии, огибающей бедренную кость (от глубокой артерии бедра), латеральные вены, окружающие бедренную кость, ветви латерального кожного нерва бедра (поясничное сплетение) (см. рис. 136).

Определяется в положении стоя, руки опущены и прижаты к туловищу (на боковой поверхности бедра, под кончиком среднего пальца).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, боль в суставах ног, по наружной поверхности бедра, ишиалгия.

VB(XI)32 (чжун-ду)

Топография: на наружной поверхности бедра, на 2 цуня ниже точки VB(XI)31 (фэн-ши); проекция та же, что и точки VB(XI)31 (фэн-ши) (см. рис. 136).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания коленного и тазобедренного суставов.

VB(XI)33 (цзу-ян-гуань)

Топография: во впадине, кзади и кверху от латерального надмыщелка бедренной кости, кпереди от сухожилия двуглавой мышцы бедра, на уровне середины надколенника, на 3 цуня выше точки VB(XI)34 (ян-лин-цюань); здесь проходят ветви артериальной коленной суставной сети, венозной сети коленного сустава, латерального кожного нерва бедра и латерального кожного нерва икры из общего малоберцового нерва (см. рис. 136).

При определении нога выпрямлена.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания коленного сустава, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

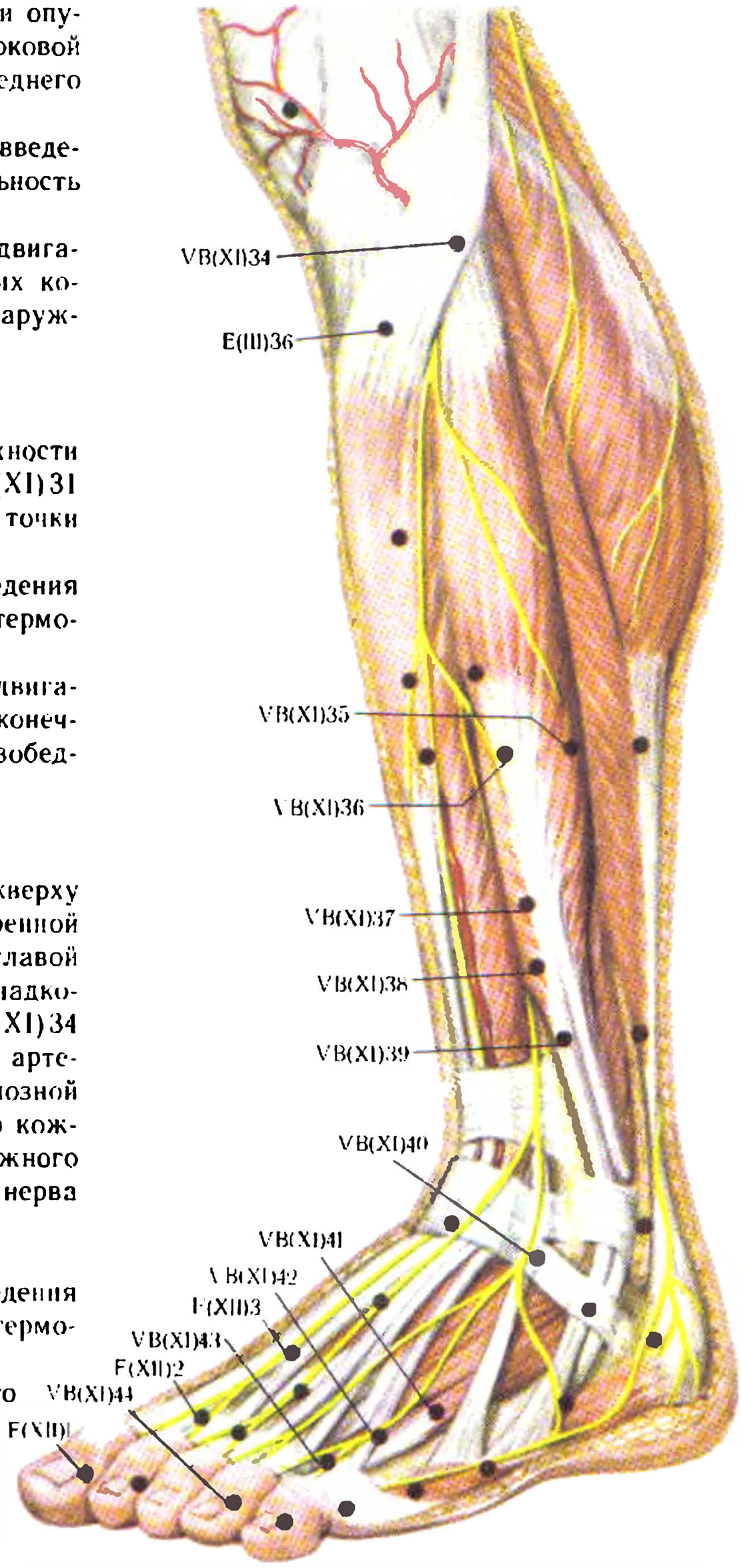


Рис. 137. Проекции точек акупунктуры E (III) 36, VB (XI) 34—VB (XI) 44, F (XII) 1—F (XII) 3 в области голени и стопы.

VB(XI)34 (ян-лин-цюань)

Топография: в углублении, у переднего нижнего края головки малоберцовой кости, на 2 цуня ниже нижнего края надколенника, проецируется между длинной малоберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев, иннервируемыми соответственно поверхностным и глубоким малоберцовым нервами; здесь проходят ветви передней большеберцовой артерии, передних большеберцовых вен, латерального кожного нерва икры (рис. 137).

Определяется в положении сидя или лежа, нога выпрямлена.

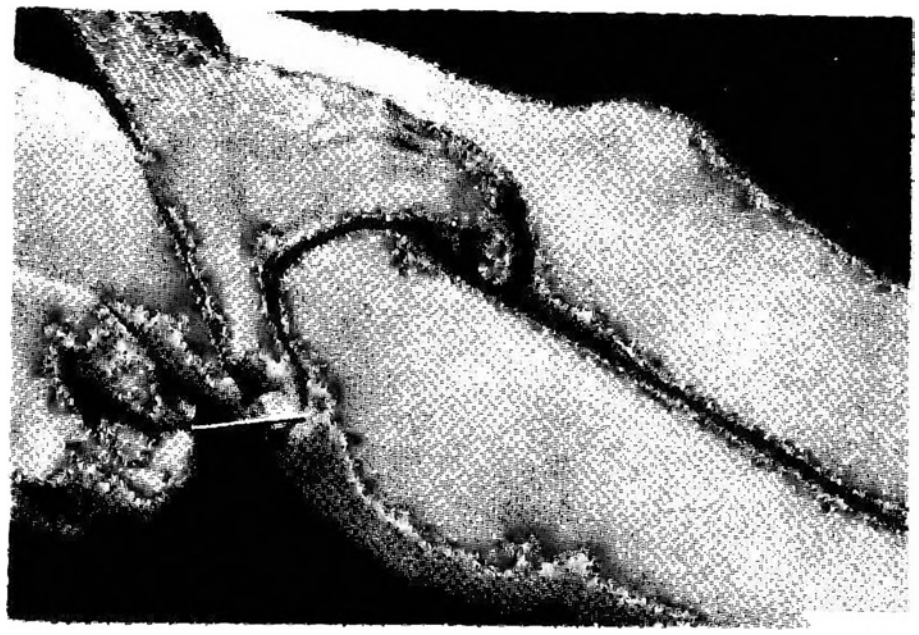


Рис. 138. Введение акупунктурной иглы в точку VB(XI)34 (ян-лин-цюань).

Техника: укол наклонный (рис. 138), глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания печени и желчных путей, диспепсические явления, привычный запор, заболевания коленного сустава, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, ишиалгия, межреберная невралгия, отечность лица, сосудистые расстройства, заболевания мышц.

VB(XI)35 (ян-цзяо)

Топография: у заднего края малоберцовой кости, на 7 цуней выше центра латеральной лодыжки; проецируется на длинную малоберцовую мышцу, иннервируемую поверхностным малоберцовым нервом; здесь проходят ветви передней большеберцовой артерии, передних большеберцовых вен, латерального кожного нерва икры (от общего малоберцового нерва) (см. рис. 137).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в области коленного сустава, голени и стопы, поражение малоберцового нерва, отечность лица, бронхиальная астма, неврастения.

VB(XI)36 (вай-цю)

Топография: на горизонтальном уровне точки VB(XI)35 (ян-цзяо), кпереди от переднего края малоберцовой кости, на линии, соединяющей центр латеральной лодыжки с точкой VB(XI)34 (ян-лин-цюань); проецируется на длинный разгибатель пальцев, иннервируемый глубоким малоберцовым нервом; здесь проходят ветви передней большеберцовой артерии, большеберцовой вены, латерального кожного нерва икры (см. рис. 105, 137).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: судороги мышц голени, поражение малоберцового нерва, боль в шейно-затылочной области, груди, эпилепсия.

VB(XI)37 (гуан-мин)

Топография: на 5 цуней выше центра латеральной лодыжки, непосредственно у переднего края малоберцовой кости; проецируется между длинным разгибателем пальцев и короткой малоберцовой мышцей; здесь проходят ветви передней большеберцовой артерии, большеберцовой вены, поверхностного малоберцового нерва и латерального кожного нерва икры (см. рис. 137).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, мигрень, психические нарушения, заболевания глаз.

VB(XI)38 (ян-фу)

Топография: на 4 цуня выше центра латеральной лодыжки, на переднем крае малоберцовой кости; проецируется между длинным разгибателем пальцев и короткой малоберцовой мышцей; здесь проходят ветви передней большеберцовой артерии, большеберцовых вен, поверхностного малоберцового нерва и латерального кожного нерва икры (см. рис. 137).
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: дискинезии желчных путей, боль в пояснице, поражение коленного сустава, судороги мышц голени, заболевания вен, блуждающая боль.

VB(XI)39 (сюань-чжун)

Топография: на 3 цуня выше центра латеральной лодыжки, между малоберцовой костью и сухожилиями длинной и короткой малоберцовых мышц; здесь проходят ветви передней большеберцовой и малоберцовой артерий, большеберцовых и малоберцовых вен, поверхностного малоберцового нерва и латерального кожного нерва икры (см. рис. 137).
Техника: укол наклонный, глубина введе-

ния иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, ишиалгия, сосудистые заболевания, неврастения, носовое кровотечение.

VB(XI)40 (цю-сюй)

Топография: кпереди и книзу от латеральной лодыжки, в углублении у наружного края сухожилия длинного разгибателя пальцев; проецируется на короткий разгибатель пальцев, иннервируемый глубоким малоберцовым нервом; здесь проходят ветви латеральной передней лодыжковой артерии, отходящей от передней большеберцовой артерии, большеберцовых и малоберцовых вен, промежуточный тыльный кожный нерв от поверхностного малоберцового нерва и латеральный тыльный кожный нерв — ветвь икроножного нерва (см. рис. 137).
Техника: укол наклонный, по направлению к голеностопному суставу, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: дискинезии желчных путей, кишечная колика, судороги мышц голени, ишиалгия, поясничная боль, глазные заболевания.

VB(XI)41 (цзу-линь-ци)

Топография: в задней части промежутка между IV и V плюсневой костью, где прощупывается впадина; проецируется на короткий разгибатель пальцев, иннервируемый глубоким малоберцовым нервом; здесь проходят ветви тыльной плюсневой артерии (из системы тыльной артерии стопы), тыльной плюсневой вены, промежуточного тыльного кожного нерва (от поверхностного малоберцового нерва) (см. рис. 137, 141).
Техника: укол наклонный, по направлению к пятке (рис. 139), глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: боль в области подреберья, нижних конечностей, в суставах, межреберная невралгия, блуждающая боль, заболевания глаз, органов дыхания, нарушение менструального цикла, аллергические состояния.



Рис. 139. Введение акупунктурной иглы в точку VB(XI)41 (цзу-линь-ци).

VB(XI)42 (ди-у-хуэй)

Топография: на 0,5 цуня кпереди от точки VB(XI)41 (цзу-линь-ци), в наиболее широком месте промежутка между IV и V плюсневой костью; проецируется на тыльную межкостную мышцу, иннервируемую большеберцовым нервом; здесь проходят ветви тыльной плюсневой артерии и вены, промежуточного тыльного кожного нерва и тыльного пальцевого нерва стопы (ветви поверхностного малоберцового нерва) (см. рис. 137, 141).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм; термопунктура противопоказана.
Показания: заболевания голеностопного сустава, боль в стопе, шум в ушах, головокружение, заболевания легких.

VB(XI)43 (ся-си)

Топография: во впадине кпереди от IV и V плюснефаланговых суставов; здесь проходят тыльные пальцевые артерии и вены стопы, тыльный пальцевой нерв стопы (из системы поверхностного малоберцового нерва) (см. рис. 137, 141).
Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: головная боль, головокружение, шум в ушах, снижение слуха, заболевания глаз, боль в области грудной клетки, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, астеническое состояние.

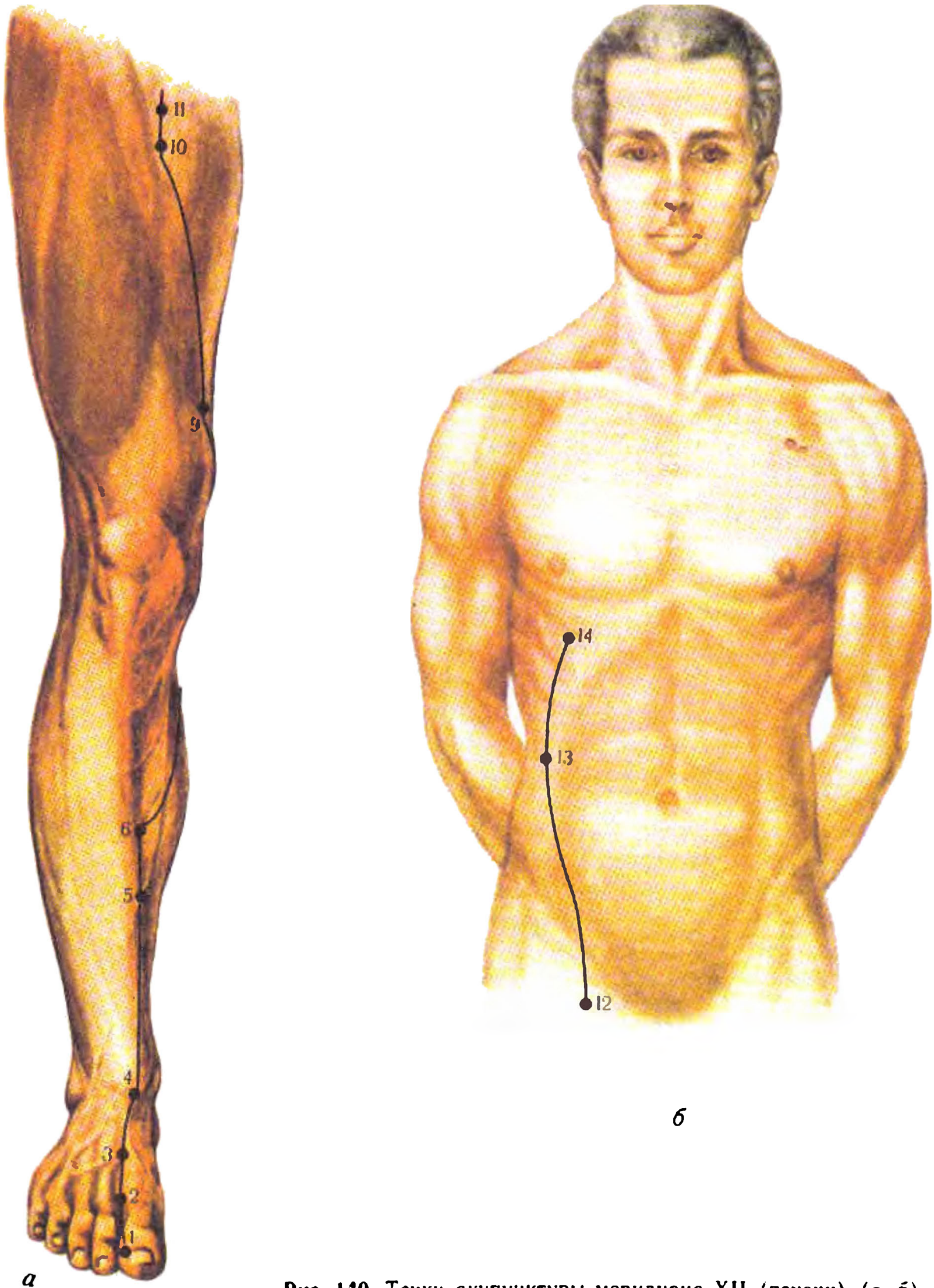


Рис. 140. Точки акупунктуры меридиана XII (печени) (*а*, *б*).

VB(XI)44 (цзу-цяо-инь)

Топография: на дистальной фаланге IV пальца стопы, примерно на 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь проходят артериальная и венозная сеть, образованная тыльными пальцевыми артериями и венами, тыльный пальцевой нерв стопы (см. рис. 137, 141).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: головная боль, нарушения мозгового кровообращения, заболевания сердца и органов дыхания, икота, боль в подреберье, шум в ушах, снижение слуха, неотложная помощь.

Меридиан XII (печени)

Относится к системе меридианов инь ноги. Центробежный, парный. Насчитывает 14 точек акупунктуры (рис. 140, *а, б*).

Меридиан начинается у наружного края корня ногтя I пальца ноги (F(XII)1), далее на тыле стопы (F(XII)2—F(XII)4) следует по первому межпальцевому промежутку и пересекает голеностопный сустав кпереди от медиальной лодыжки. Поднимается вверх по внутренней поверхности голени и бедра (F(XII)5—F(XII)11) (в верхней части голени пересекается с IV меридианом, располагаясь затем на нижней конечности между ним и VIII меридианом), достигает паховой области (F(XII)12), переходит на переднебоковую сторону брюшной стенки к свободному концу XI ребра (F(XII)13) и заканчивается в VI межреберье по среднеключичной линии (F(XII)14).

Время максимальной активности меридиана с 1 до 3 ч.

Стандартные пункты: точка входа — F(XII)1 (да-дунь); тонизирующая точка — F(XII)8 (цюй-цюань); седативная точка — F(XII)2 (син-цзянь); точка-пособник — F(XII)3 (тай-чун); стабилизирующая точка — F(XII)5 (ли-гоу); сочувственная точка — V(VII)18 (гань-шу); точка-глашатай — F(XII)14 (ци-мэнь); точка выхода — F(XII)14 (ци-мэнь).

F(XII)1 (да-дунь)

Топография: на тыльной стороне дистальной фаланги I пальца стопы, около 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь находятся артериальная и венозная сеть, образованная тыльными пальцевыми артериями и венами стопы, тыльный пальцевой нерв, отходящий от глубокого малоберцового нерва (см. рис. 137, 141).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: диспепсические явления, в частности метеоризм, запор, заболевания мочеполового аппарата.

F(XII)2 (син-цзянь)

Топография: на тыльной поверхности стопы, во впадине кпереди от I и II плюснефаланговых суставов, на 0,5 цуня проксимальнее края межпальцевой перепонки; здесь проходят ветви тыльной пальцевой артерии и вены стопы, глубокого малоберцового нерва (см. рис. 137, 141, 142).

Техника: укол прямой (рис. 143), глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов пищеварения, мочеполового аппарата, головная боль, нарушение сна, эмоциональная лабильность, психические нарушения, заболевания глаз, зубная боль, антиспастическое действие.

F(XII)3 (тай-чун)

Топография: на тыльной поверхности стопы, в самом узком месте между I и II плюсневой костью (проксимальный отдел межплюсневого промежутка); проецируется у наружного края сухожилия длинного разгибателя большого пальца стопы; здесь проходят ветви тыльной артерии стопы, тыльная венозная сеть стопы и кожные ветви глубокого малоберцового нерва (см. рис. 137, 141, 142).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

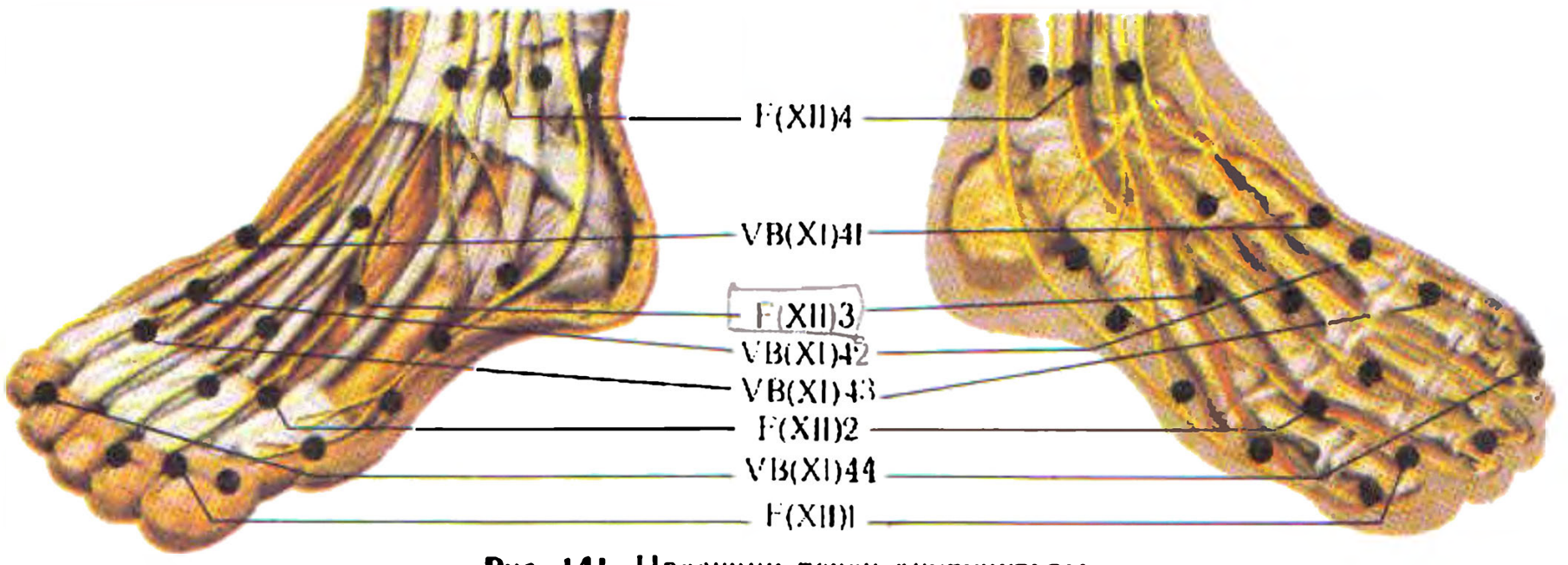
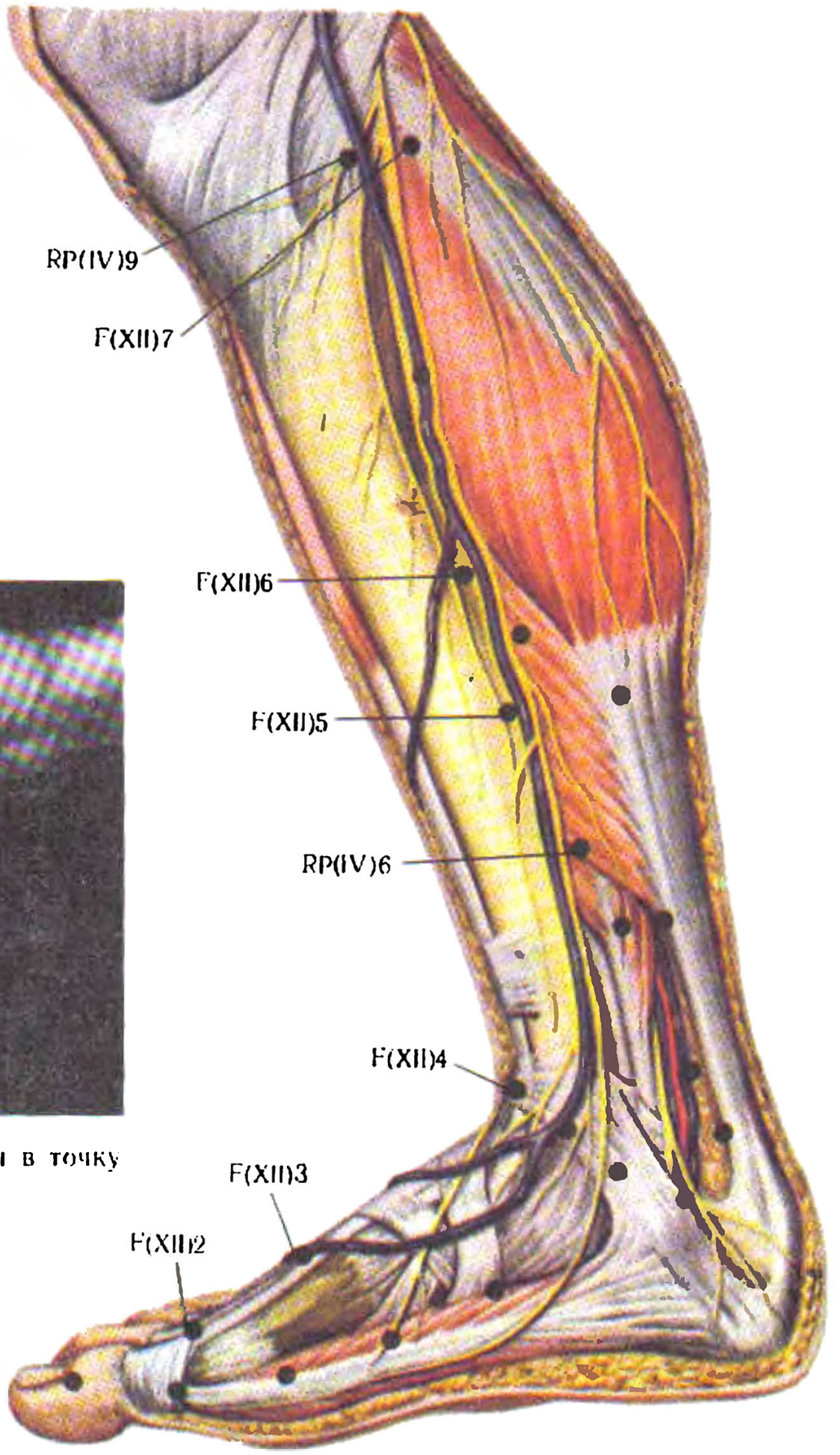


Рис. 141. Проекции точек акупунктуры VB(XI)41—VB(XI)44, F(XII)1—F(XII)4 в области стопы.

Рис. 142. Проекции точек акупунктуры RP (IV) 6, RP (IV) 9, F (XII) 2—F (XII) 7 в области голени и стопы.



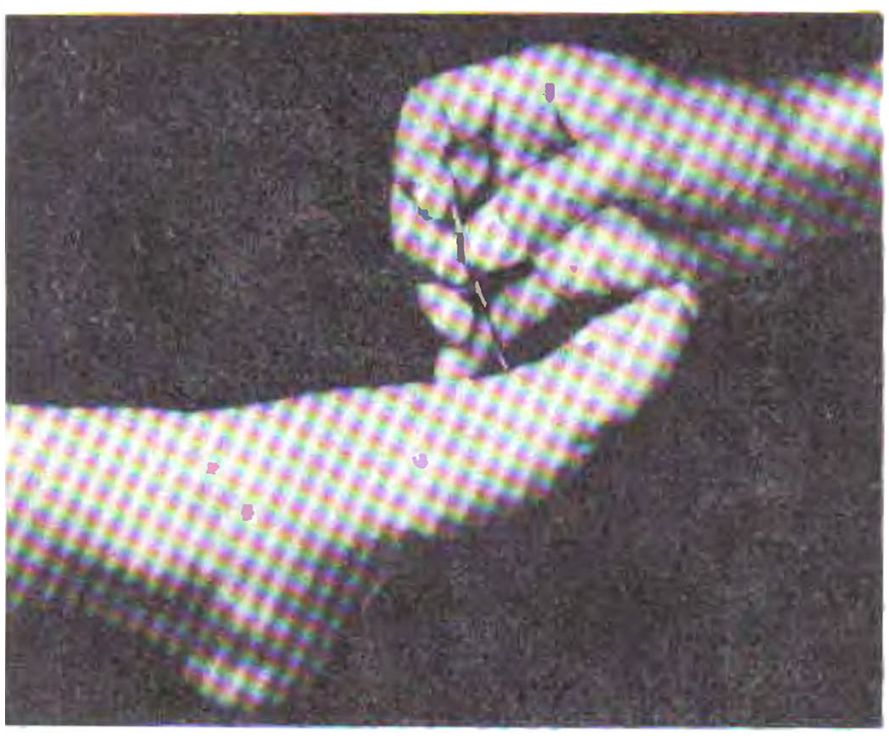


Рис. 143. Введение акупунктурной иглы в точку F(XII)2 (син-цзянь).

Показания: заболевания кишок, мочеполового аппарата, снижение остроты зрения, головная боль, нарушение сна, эмоциональная лабильность, артериальная гипертензия, боль в пояснице, икроножных мышцах, в области внутренней лодыжки.

F(XII)4 (чжун-фэн)

Топография: кпереди и книзу от медиальной лодыжки, между точками RP(IV)5 (шан-цю) и F(III)41 (цзе-си), в углублении у латерального края сухожилия передней большеберцовой мышцы; в зоне проекции проходят медиальная передняя лодыжковая артерия (от передней большеберцовой артерии), тыльная венозная сеть стопы, ветви поверхностного малоберцового нерва и подкожного нерва (из системы бедренного нерва) (см. рис. 141, 142)

Техника: укол наклонный, по направлению под сухожилие, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов пищеварения, мочеполового аппарата, поясничная боль, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

F(XII)5 (ли-гоу)

Топография: на внутренней поверхности голени, у медиального (заднего) края боль-

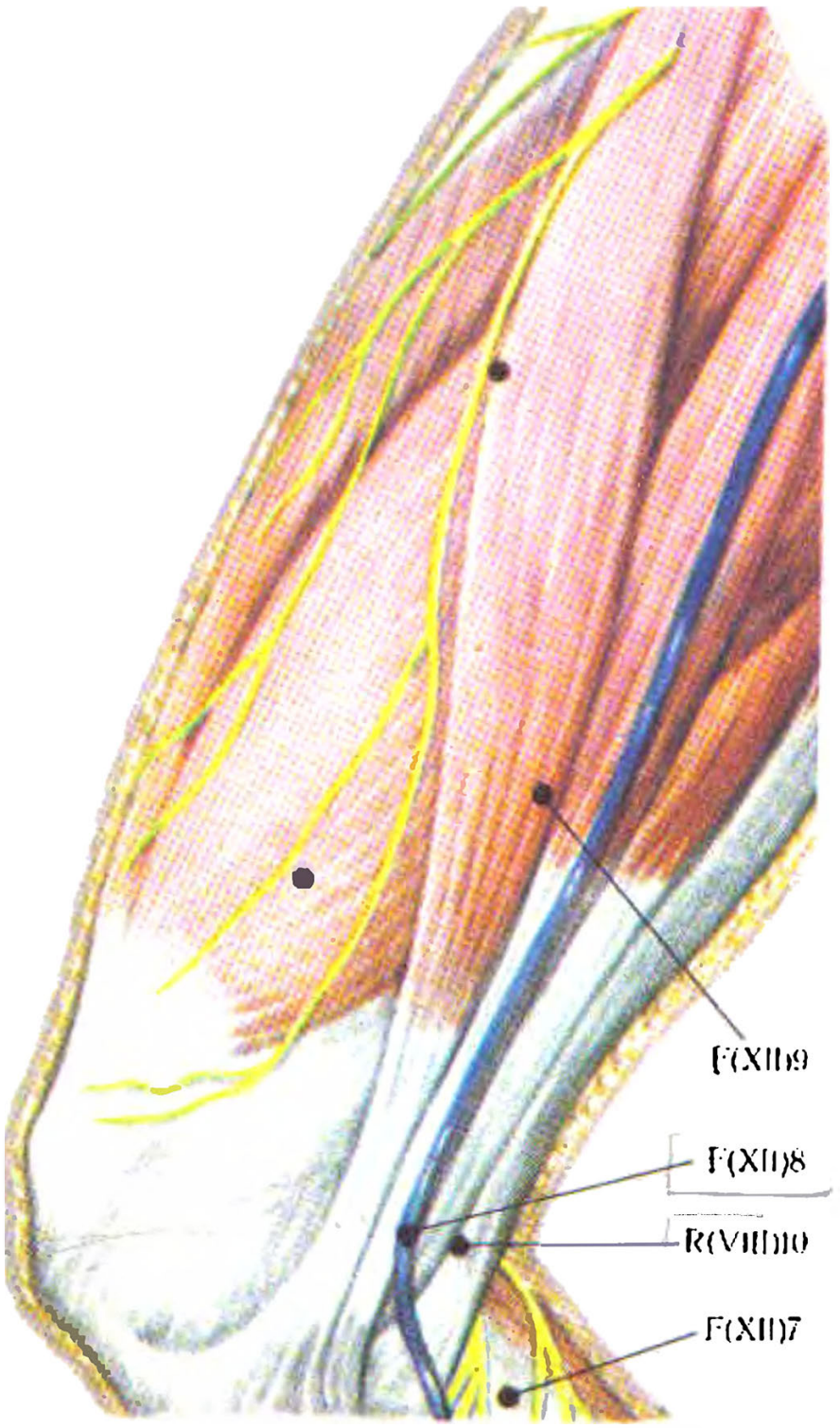


Рис. 144. Проекции точек акупунктуры R(VIII)10, F(XII)7—F(XII)9 в области бедра.

шеберцовой кости, на 5 цуней выше центра медиальной лодыжки; проецируется на заднюю большеберцовую мышцу, иннервируемую большеберцовым нервом; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, подкожного нерва, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 142).

Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи и кзади, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания кишок, мочеполового аппарата, сердцебиение, спинальные нарушения, зуд.

F(XII)6 (чжун-ду)

Топография: у медиального (заднего) края большеберцовой кости, на 7 цуней выше центра медиальной лодыжки; проецируется между медиальным краем большеберцовой кости и камбаловидной мышцей; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, большая подкожная вена ноги, подкожный нерв (см. рис. 142).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания кишок, мочеполового аппарата, гонит, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей.

F(XII)7 (си-гуань)

Топография: кзади и книзу от медиального мыщелка большеберцовой кости, на 2 цуня ниже нижнего края надколенника, на 1 цунь кзади от точки RP(IV)9 (инь-лин-цюань); проецируется в верхней области медиальной головки икроножной мышцы, иннервируемой большеберцовым нервом; здесь проходят ветви задней большеберцовой артерии, задних большеберцовых вен, подкожного нерва и медиальный кожный нерв икры (см. рис. 142, 144).

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания коленного сустава, боль в области нижних конечностей.

F(XII)8 (цюй-цюань)

Топография: в углублении на медиальном конце подколенной складки, у переднего края сухожилия полуперепончатой мышцы, кпереди от точки R(VIII)10 (инь-гу); здесь проходят ветви артериальной и венозной сети коленного сустава, запирательного и подкожного нервов, поверхностно — большая подкожная вена ноги (см. рис. 144).

При определении нога согнута в коленном суставе.

Техника: укол прямой (предварительно следует несколько разогнуть ногу), глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания органов пищеварения, мочеполового аппарата, боль в коленном суставе и по внутренней поверхности бедра, зуд.

F(XII)9 (инь-бао)

Топография: на внутренней поверхности бедра, на 4 цуня выше верхнего края меди-

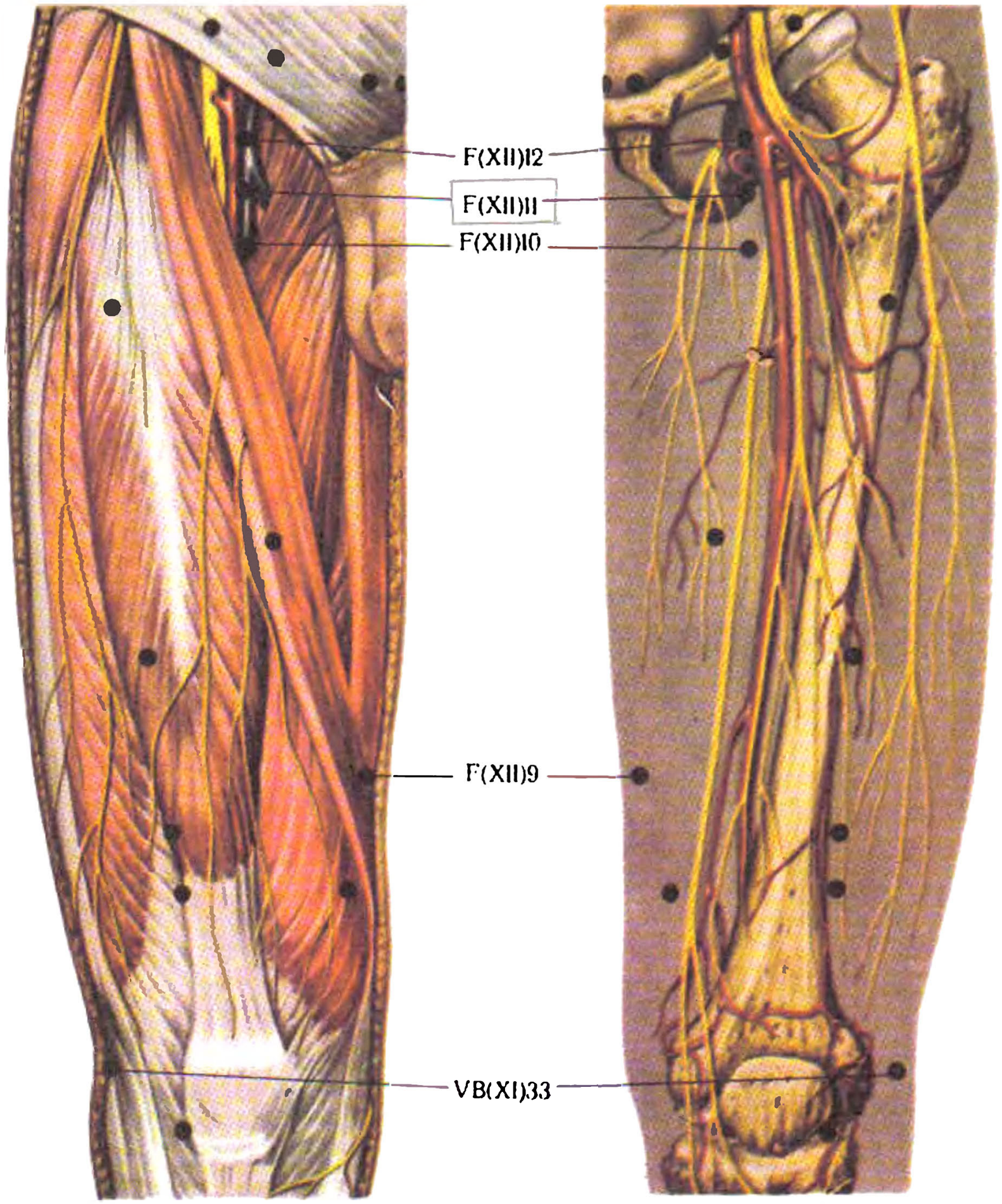


Рис. 145. Проекции точек акупунктуры VB (XI) 33, F (XII) 9—F (XII) 12 в области бедра

ального надмыщелка бедренной кости, у заднего края портняжной мышцы; проецируется на большую приводящую мышцу, иннервируемую запирательным и седалищным нервом; здесь проходят бедренная артерия и вена, ветви медиальной артерии, огибающей бедренную кость, кожные ветви запирательного и бедренного нервов (рис. 144, 145).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания мочеполового аппарата, боль в пояснично-крестцовой области, внизу живота, судороги мышц нижней конечности.

F(XII)10 (цзу-у-ли)

Топография: на внутренней поверхности бедра, на 1 цунь ниже точки F (XII) 11 (инь-лянь); проецируется на длинную приводящую мышцу бедра, иннервируемую запирательным нервом; здесь проходят ветви глубокой бедренной артерии, бедренной вены, запирательного, бедренного и бедренно-полового нервов (см. рис. 145).

Определяется в положении лежа на спине.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термо-

пунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: метеоризм, астеническое состояние, нарушение сна, задержка мочи, судороги и слабость мышц нижней конечности, зуд и боль в области мошонки.

F(XII)11 (инь-лянь)

Топография: у переднего (латерального) края длинной приводящей мышцы бедра, на 1 цунь ниже паховой складки, где пальпируется пульсация бедренной артерии; проекция та же, что и точки F(XII)10 (цзу-у-ли) (см. рис. 145).
Определяется в положении лежа на спине, на уровне промежности.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: гинекологические заболевания, боль в области медиальной поверхности бедра, поражение тазобедренного сустава, зуд в области наружных половых органов.

F(XII)12 (цзи-май)

Топография: на 2,5 цуня кнаружи и на 1 цунь ниже верхнего края лобкового симфиза, у наружного кольца пахового канала; проецируется на мышцу, поднимающую яичко,— у мужчин, на круглую маточную связку — у женщин; здесь проходят ветви наружной половой артерии и вены, подвздошно-паховый и подвздошно-подчревный нервы (см. рис. 145).
Определяется в положении лежа на спине, в нижней части паховой складки.
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания мочеполового аппарата, боль в нижней части живота, по медиальной поверхности бедер.

F(XII)13 (чжан-мэнь)

Топография: у нижнего края свободного конца XI ребра; проецируется на наружную и внутреннюю косые и поперечную мышцы живота, иннервируемые грудными, подвздошно-подчревным и подвздошно-паховым нервами; здесь проходят ветви межреберной артерии и вены, поверхностной надчревной артерии и вены, латеральная кожная ветвь передних ветвей десятого грудного нерва. Правая точка проецируется по нижнему краю печени, левая — селезенки (см. рис. 134, 157).
Определяется в положении лежа на боку или сидя.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов пищеварения, дыхания, межреберная невралгия, люмбалгия, энурез, икота, артериальная гипертензия.

F(XII)14 (ци-мэнь)

Топография: на среднеключичной линии, соответствует VI межреберью — горизонтальному уровню точки J(XIV)14 (цзюйцюе); проецируется на апоневрозы мышц передней брюшной стенки; здесь проходят ветви межреберной артерии и вены, латеральная кожная ветвь передних ветвей шестого грудного нерва (см. рис. 76, 134, 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи, вдоль межреберья, игла вводится ближе к верхнему краю нижележащего ребра на глубину 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов пищеварения, дыхания, межреберная невралгия, боль в области спины и поясницы, артериальная гипертензия.

Меридиан XIII (заднесрединный)

Относится к системе ян, является одним из «чудесных сосудов», непарный. Насчитывает 28 точек акупунктуры (рис. 146).
Начинается в области промежности, на середине расстояния между копчиком и анусом (T(XIII)1). Локализация последующих точек соответствует срединной линии крестца (T(XIII)2), поясничного (T(XIII)3—T(XIII)5), грудного (T(XIII)6 —T(XIII)13) и шейного (T (XIII) 14 — T (XIII) 15) отделов позвоночного столба. Затем меридиан последовательно проходит затылочную, теменную и лобную области (T(XIII)16—T(XIII)24), спускается на область носа (T(XIII)25), верхней губы (T(XIII)26—T(XIII)27) и заканчивается последней точкой T(XIII)28, которая нахо-

дится в полости рта, на середине уздечки верхней губы.

T(XIII)1 (чан-цян)

Топография: на середине расстояния между верхушкой копчика и анусом; здесь проходят ветви внутренней половой артерии, ветви нижней прямокишечной артерии, нижней прямокишечной вены, полового нерва (нижние прямокишечные нервы) и заднепроходно-копчиковых нервов (см. рис. 147, 156).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).

Показания: заболевания прямой кишки и заднего прохода, заболевания мочеполового аппарата, боль в области поясницы, копчика и промежности, эпилепсия.

T(XIII)2 (яо-шу)

Топография: на задней срединной линии, у места входа в крестцовый канал; проецируется на крестцовокопчиковые связки; здесь проходят ветви срединной крестцовой артерии и вены, задние ветви копчикового нерва (см. рис. 147).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: заболевания мочеполового аппарата, прямой кишки и заднего прохода, боль в пояснично-крестцовой области.

T(XIII)3 (яо-ян-гуань)

Топография: под остистым отростком IV поясничного позвонка; проецируется на пояснично-спинную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят дорсальная ветвь четвертой поясничной артерии, четвертая поясничная вена, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви четвертого поясничного нерва (см. рис. 147).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: боль в пояснично-крестцовой области, заболевания мочеполового аппарата и толстой кишки.

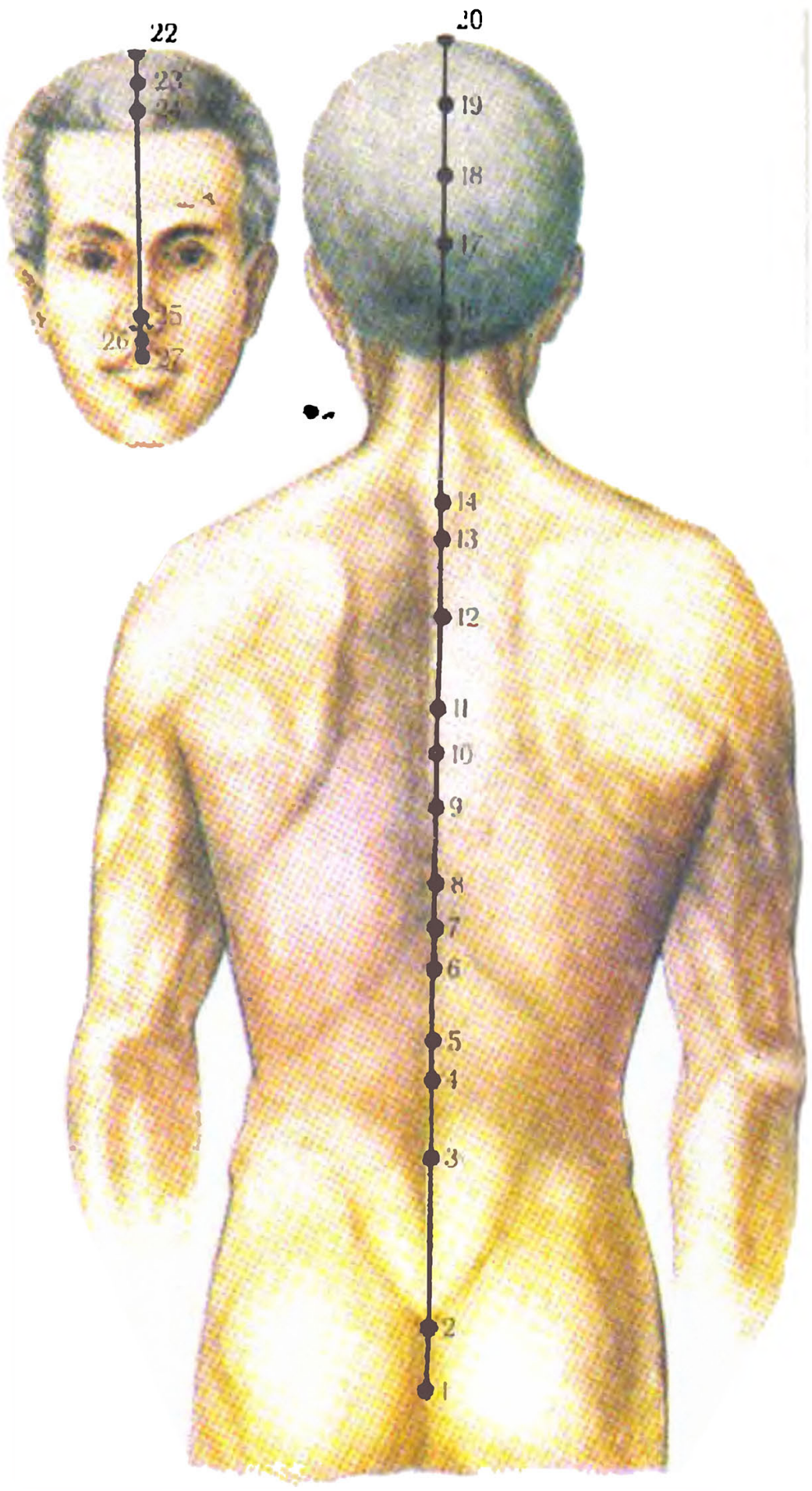


Рис. 146. Точки акупунктуры меридиана XIII (Заднесрединного).

T(XIII)4 (мин-мэнь)

Топография: под остистым отростком II поясничного позвонка; проецируется на пояснично-спинную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят дорсальная ветвь второй поясничной артерии, вторая поясничная вена, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви второго поясничного нерва (см. рис. 147).

Определяется в положении лежа на животе.

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

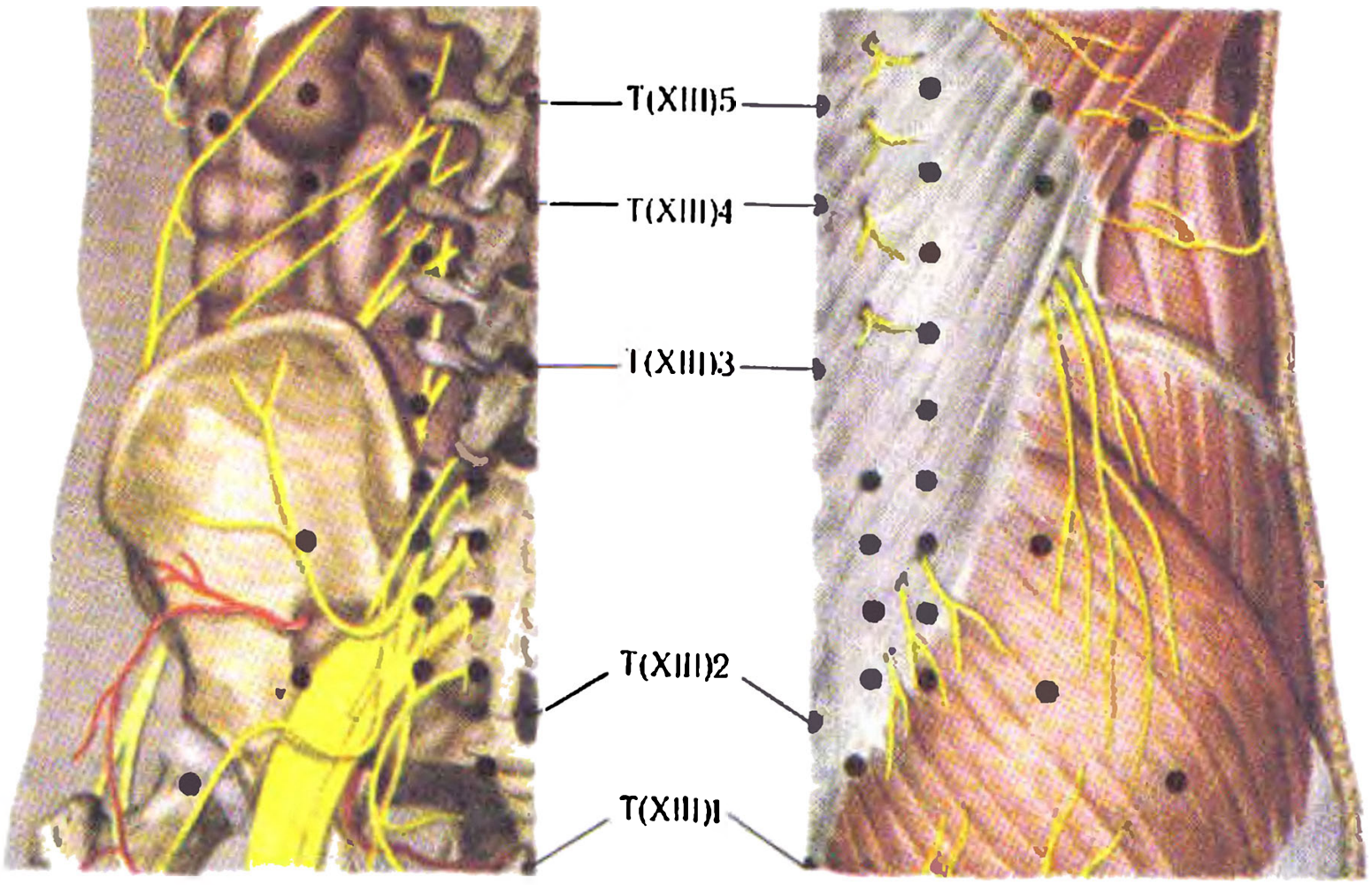


Рис. 147. Проекции точек акупунктуры T(XIII)1—T(XIII)5 в пояснично-крестцовой области.

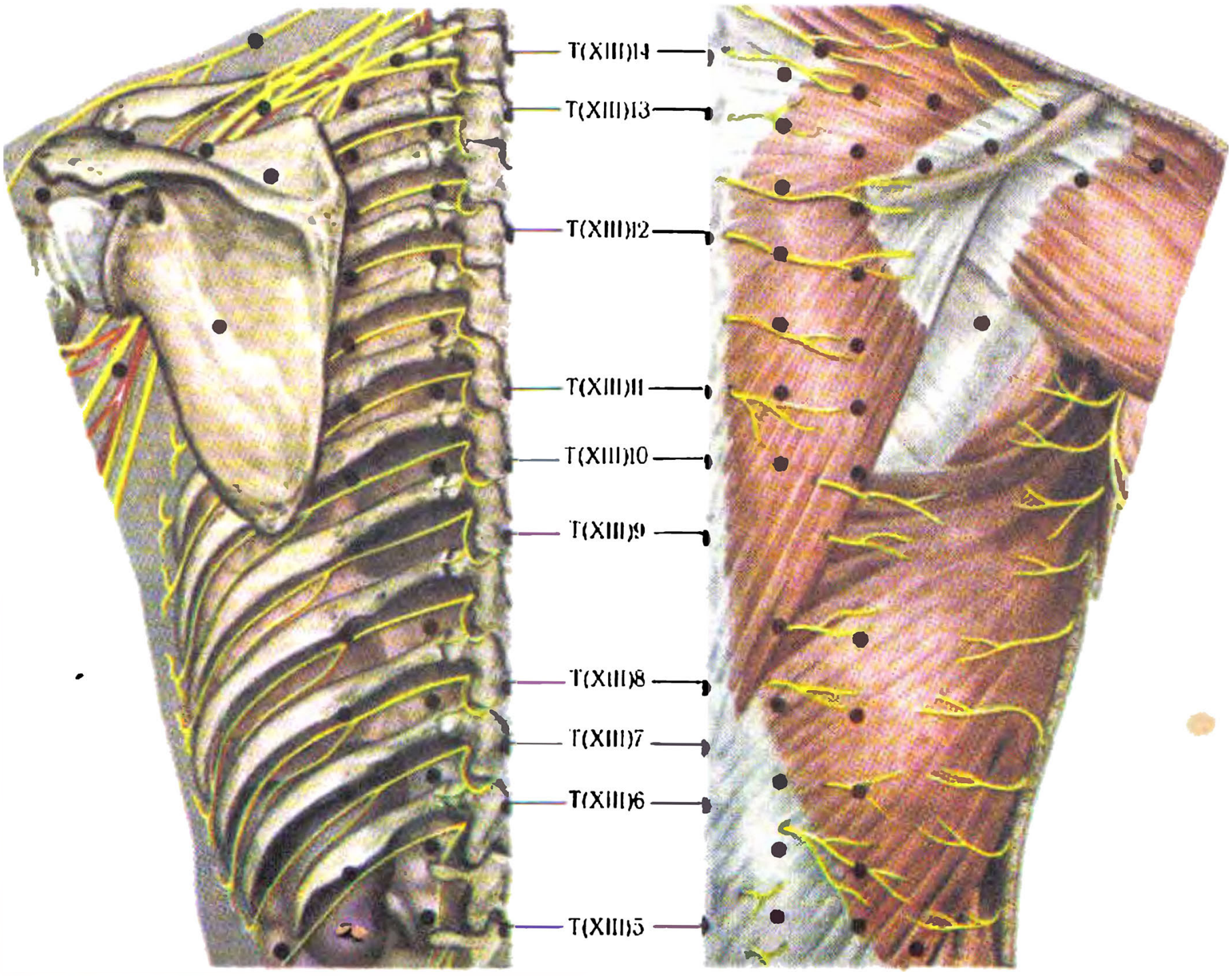


Рис. 148. Проекции точек акупунктуры T(XIII)5—T(XIII)14 в области спины.

Показания: заболевания кишок, мочеполового аппарата, боль в поясничной области, головная боль, шум в ушах, нарушение сна, астеническое состояние.

T(XIII)5 (сюань-шу)

Топография: под остистым отростком I поясничного позвонка; проецируется на пояснично-спинную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят дорсальная ветвь первой поясничной артерии, первая поясничная вена, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви первого поясничного нерва (см. рис. 147, 148).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок, боль, напряжение мышц спины и пояснично-крестцовой области.

T(XIII)6 (цзи-чжун)

Топография: под остистым отростком XI грудного позвонка; проецируется на начальную часть трапециевидной мышцы, пояснично-грудную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви одиннадцатой задней межреберной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви одиннадцатого грудного нерва (см. рис. 148).
Определяется в положении лежа на животе.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания кишок, диспепсические явления, геморрой, психические нарушения, эпилепсия.

T(XIII)7 (чжун-шу)

Топография: под остистым отростком X грудного позвонка; проецируется на трапециевидную мышцу, пояснично-грудную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви десятой задней межреберной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 148).
Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 15 мм;

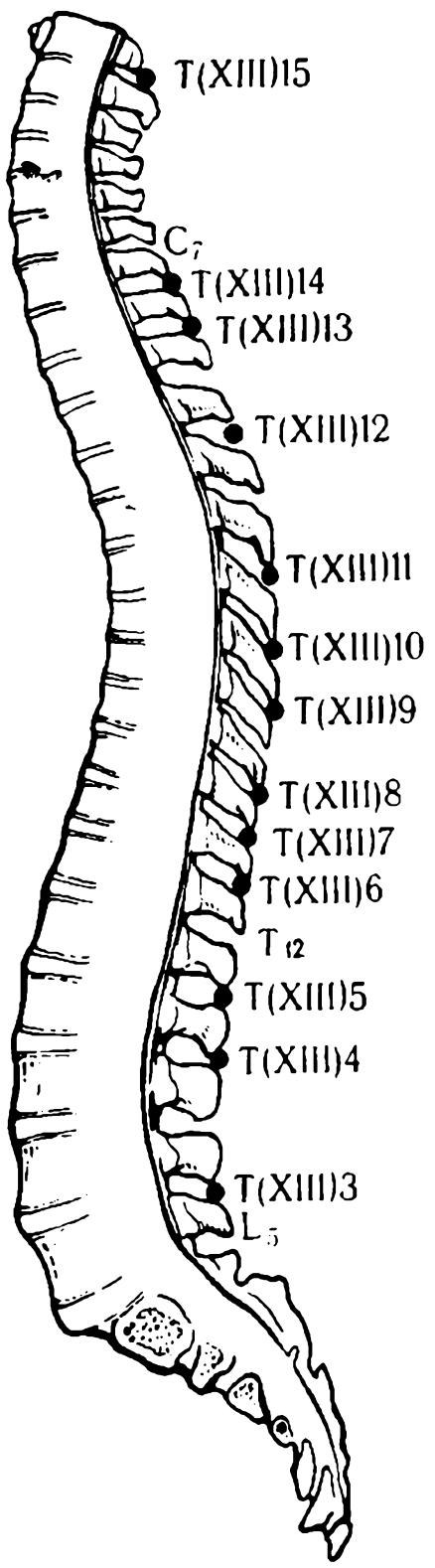


Рис. 149. Схема локализации точек акупунктуры T(XIII)3—T(XIII)15. Угол наклона иглы определяется наклоном соответствующих остистых отростков позвонков.

продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: боль в спине и пояснице, гастралгия, анорексия, снижение остроты зрения, астеническое состояние.

T(XIII)8 (цзинь-со)

Топография: под остистым отростком IX грудного позвонка; проецируется на начальную часть трапециевидной мышцы, пояснично-грудную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви девятой задней межреберной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви девятого грудного нерва (см. рис. 148).
Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10—

15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка, боль в поясничной области, истерия, психические нарушения, эпилепсия.

T(XIII)9 (чжи-ян)

Топография: под остистым отростком VII грудного позвонка; проецируется на начальную часть трапециевидной мышцы, пояснично-грудную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви седьмой задней межреберной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви седьмого грудного нерва (см. рис. 148).
Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху (рис. 149), глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов дыхания и пищеварения, боль в области сердца, межреберная невралгия, боль в поясничной области.

T(XIII)10 (лин-тай)

Топография: под остистым отростком VI грудного позвонка; проецируется на начальную часть трапециевидной мышцы, пояснично-грудную фасцию, на верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви шестой задней межреберной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви шестого грудного нерва (см. рис. 148).
Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов дыхания, гастралгия, боль в области спины.

T(XIII)11 (шэнь-дао)

Топография: под остистым отростком V грудного позвонка; проецируется на начальную часть трапециевидной мышцы, пояснично-грудную фасцию, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви пятой задней межреберной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви пятого грудного нерва (см. рис. 148).
Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания сердца и органов дыхания, боль вдоль позвоночного столба, межреберная невралгия, головная боль, неврастения, судороги у детей.

T(XIII)12 (шэнь-чжу)

Топография: под остистым отростком III грудного позвонка; проецируется на начальную часть трапециевидной и большой ромбовидной мышц, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, третьей задней межреберной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви третьего грудного нерва (см. рис. 148).
Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания головного и спинного мозга, органов дыхания, боль в спине, неврозы, нарушение сна, эпилепсия.

T(XIII)13 (тао-дао)

Топография: под остистым отростком I грудного позвонка; проецируется на начальную часть трапециевидной и большой ромбовидной мышц, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, первой задней межреберной артерии и вены (ветви наивысшей межреберной артерии и вены), поперечные вены шеи, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви первого грудного нерва (см. рис. 148, 150).
Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: нарушения мозгового кровообращения, головная боль, головокружение, психические нарушения, неврастения, эпилепсия, боль в шейно-затылочной области и спине.

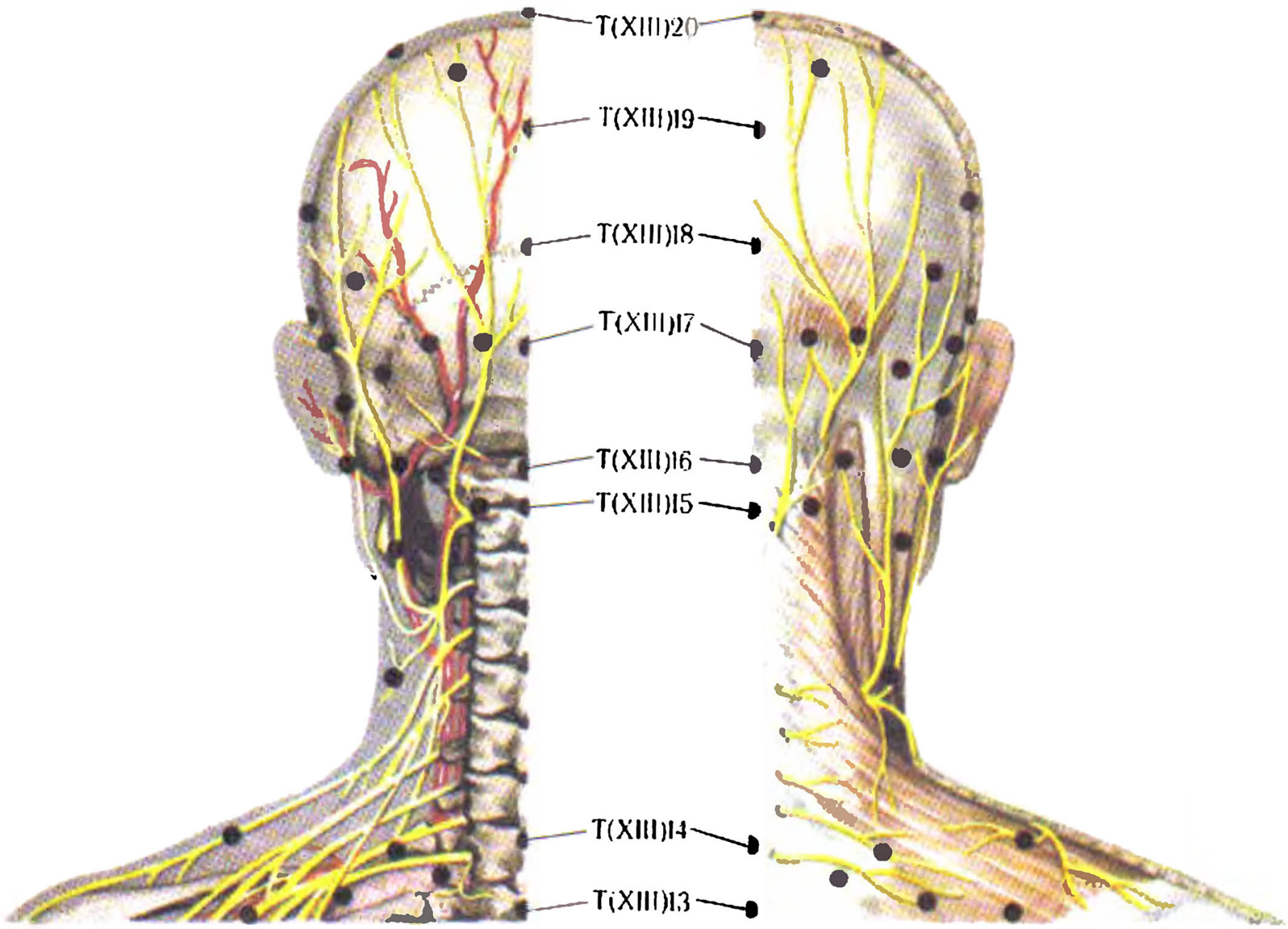


Рис. 150. Проекции точек акупунктуры Т(XIII)13—Т(XIII)20 в области головы и шеи.

Т(XIII)14 (да-чжуй)

Топография: между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков; проецируется на начальную часть трапециевидной и малой ромбовидной мышц, верхнеостистую и межостистую связки; здесь проходят ветви поперечной артерии шеи, поперечные вены шеи, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, задние ветви восьмого шейного и первого грудного нервов (см. рис. 148, 150).

Определяется в положении сидя, голова наклонена вперед.

Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10—15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.

Показания: нарушения мозгового кровообращения, головная боль, головокружение, заболевания органов дыхания, боль и напряжение мышц шейно-затылочной области, психические нарушения, астеническое состояние, эпилепсия, вегетативно-эндокринные дисфункции. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

Т(XIII)15 (я-мэнь)

Топография: несколько выше задней границы роста волос, между I и II шейными позвонками, во впадине, образуемой трапециевидными мышцами; проецируется на межостистую связку; здесь проходят ветви затылочной артерии и вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, ветви третьего шейного нерва (см. рис. 150).

Определяется в положении сидя, голова слегка запрокинута.

Техника: укол наклонный по направлению к гортани, на глубину не более (!) 10 мм (рис. 151); термопунктура противопоказана.

Показания: головная боль, головокружение, шум в ушах, носовое кровотечение, ларингит, расстройство речи, боль и напряжение мышц шейно-затылочной области, психические нарушения, эпилепсия.

Т(XIII)16 (фэн-фу)

Топография: на 1 цунь выше задней границы волосистой части головы, во впадине между затылочной костью и I шейным

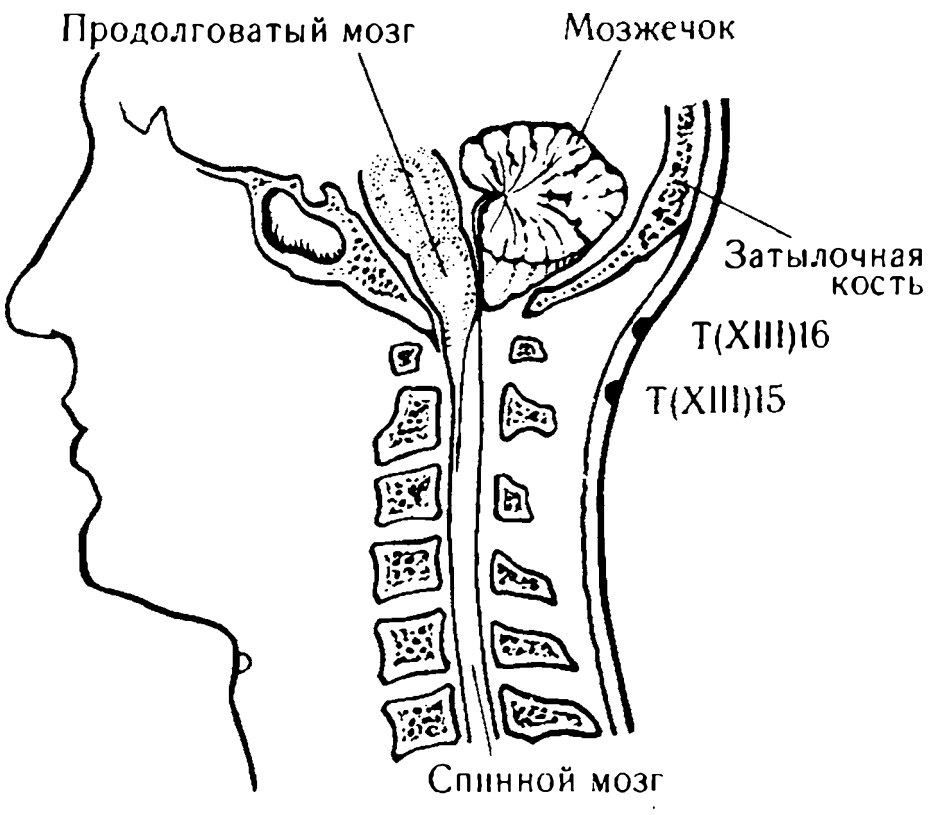


Рис. 151. Схема локализации точек T(XIII)15 (я-мэнь) и T(XIII)16 (фэн-фу) относительно структур центральной нервной системы.

позвонком; проецируется между трапециевидными мышцами; здесь проходят ветви затылочной артерии, затылочной вены, заднее наружное позвоночное венозное сплетение, ветви большого затылочного и третьего шейного нервов, в глубине — большое затылочное отверстие (см. рис. 150).
Определяется в положении сидя, голова слегка запрокинута.
Техника: укол наклонный, по направлению к лицу, на глубину не более (!) 10 мм (см. рис. 151); термопунктура противопоказана.
Показания: нарушения мозгового кровообращения, головная боль, головокружение, носовое кровотечение, ларингит, афония, заболевания глаз, боль и напряжение мышц шейно-затылочной области, психические нарушения, эпилепсия.

T(XIII)17 (нао-ху)

Топография: на верхней границе наружного затылочного выступа, на 1,5 цуня выше точки T(XIII)16 (фэн-фу); проецируется на начальную часть затылочного брюшка надчерепной мышцы, на сухожильный шлем головы; здесь проходят ветви затылочной артерии и вены, большого затылочного нерва (см. рис. 150).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: головная боль, головокружение, неврастения, боль в шейно-затылочной области, заболевания глаз.

T(XIII)18 (цян-цзянь)

Топография: на 1,5 цуня выше точки T(XIII)17 (нао-ху) или на середине расстояния между точками T(XIII)16 (фэн-фу) и T(XIII)20 (бай-хуэй); проецируется в месте соединения теменной и затылочной костей, на сухожильный шлем головы; здесь проходят ветви затылочной артерии и вены, большого затылочного нерва (см. рис. 150).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, нарушение сна, неврастения, эпилепсия.

T(XIII)19 (хоу-дин)

Топография: на 1,5 цуня выше точки T(XIII)18 (цян-цзянь) или на 3 цуня от точки T(XIII)17 (нао-ху); проецируется на сухожильный шлем головы; здесь проходят ветви затылочной артерии и вены, большого затылочного нерва (см. рис. 97, 150).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, напряжение мышц затылка, психические нарушения, эпилепсия.

T(XIII)20 (бай-хуэй)

Топография: на 7 цуней выше задней границы роста волос и на 5 цуней кзади от передней или на середине расстояния между точками T(XIII)17 (нао-ху) и T(XIII)24 (шэнь-тин); проецируется в области сухожильного шлема, где проходит сеть анастомозов поверхностной височной и затылочной артерий, ветви поверхностной височной и затылочной вен, ветви лобного (из системы тройничного нерва) и большого затылочного нервов (см. рис. 97, 150).
Определяется на середине линии, соединяющей верхушки ушных раковин.
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм (рис. 152); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, шум в ушах, неврастения, нарушение мозгового кровообращения, психиче-

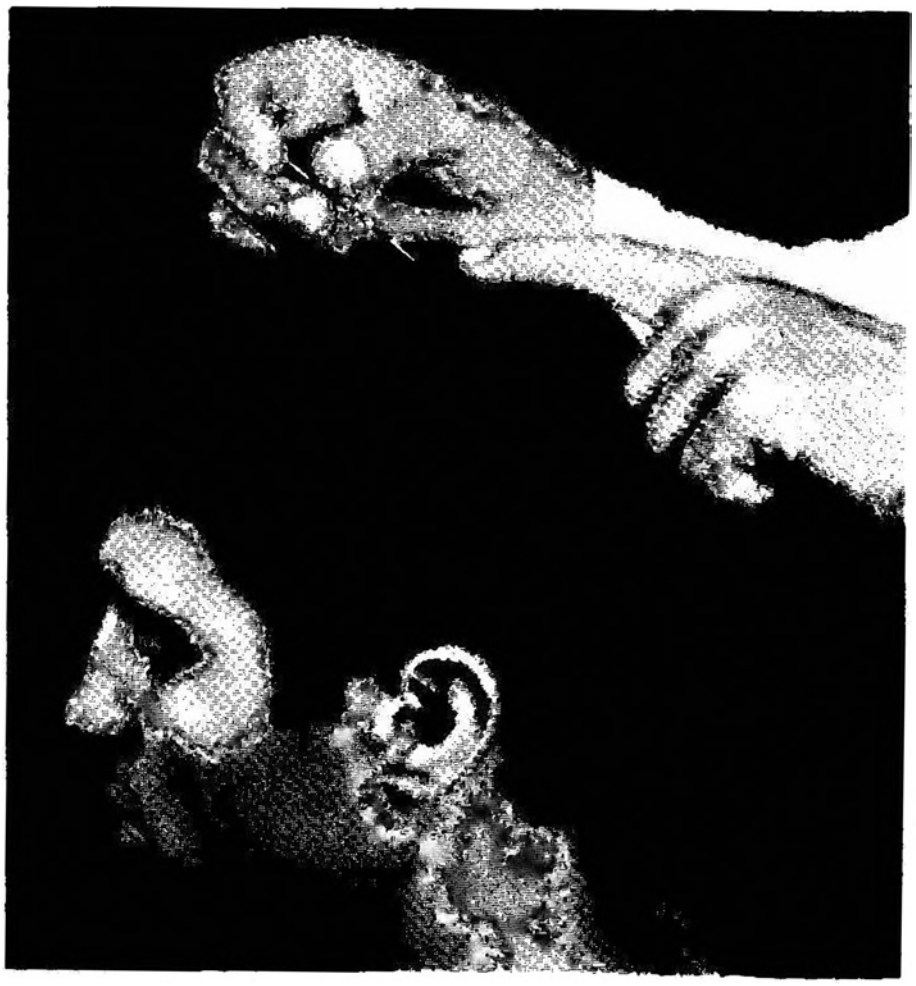


Рис. 152. Введение акупунктурной иглы в точку Т(XIII)20 (бай-хуэй).

ские нарушения, эпилепсия, заболевания глаз, уха, геморрой. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

Т(XIII)21 (цянь-дин)

Топография: на 1,5 цуня кпереди от точки Т(XIII)20 (бай-хуэй), на середине расстояния между точками РС3 (инь-тан) и Т(XIII)17 (нао-ху); проецируется на сухожильный шлем; здесь проходят ветви поверхностной височной артерии и вены, лобного (от первой ветви тройничного нерва), затылочного нервов (см. рис. 97).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, головокружение, цереброваскулярные расстройства, заболевания носа, эпилепсия, судороги у детей.

Т(XIII)22 (синь-хуэй)

Топография: на 3 цуня от точки Т(XIII)20 (бай-хуэй) и на 2 цуня от середины передней границы волос; проецируется по верхнему краю лобной кости, у сагиттального шва (лобный родничок у детей), на сухожильный шлем; здесь проходят ветви поверхностной височной и лобной артерий, поверхностных височных вен, лобного нерва из системы тройничного нерва (см. рис. 97, 153).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кзади, глубина введения иглы 3—6 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин). Детям до трех лет воздействие в этой точке противопоказано.
Показания: головная боль, головокружение, кровотечение из носа, сонливость, диспепсические явления.

Т(XIII)23 (шан-син)

Топография: на 1 цунь выше середины передней границы роста волос и на 4 цуня кпереди от точки Т(XIII)20 (бай-хуэй); проецируется на лобное брюшко надчерепной мышцы; здесь проходят ветви поверхностной височной и лобной артерий, поверхностных височных вен, лобного нерва из системы тройничного нерва (см. рис. 97, 153).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению спереди назад, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, невралгия первой ветви тройничного нерва, заболевания носа, глаз, психические нарушения.

Т(XIII)24 (шэнь-тин)

Топография: на 0,5 цуня выше середины передней границы волосистой части головы; проекция та же, что и точки Т(XIII)23 (шан-син) (см. рис. 97, 153).
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению кверху, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: головная боль, невралгия первой ветви тройничного нерва, головокружение, нарушение сна, эмоциональная лабильность, сердцебиение, заболевания носа, глаз.

Т(XIII)25 (су-ляо)

Топография: в центре кончика носа; проецируется между левым и правым большими хрящами крыльев носа; здесь проходят ветви дорсальной артерии носа — ветви глазной артерии, носолобной вены, носоресничного нерва (от первой ветви тройничного нерва) (см. рис. 153).
Техника: укол прямой или наклонный, по направлению кверху, глубина введения 3—5 мм; термопунктура противопоказана.

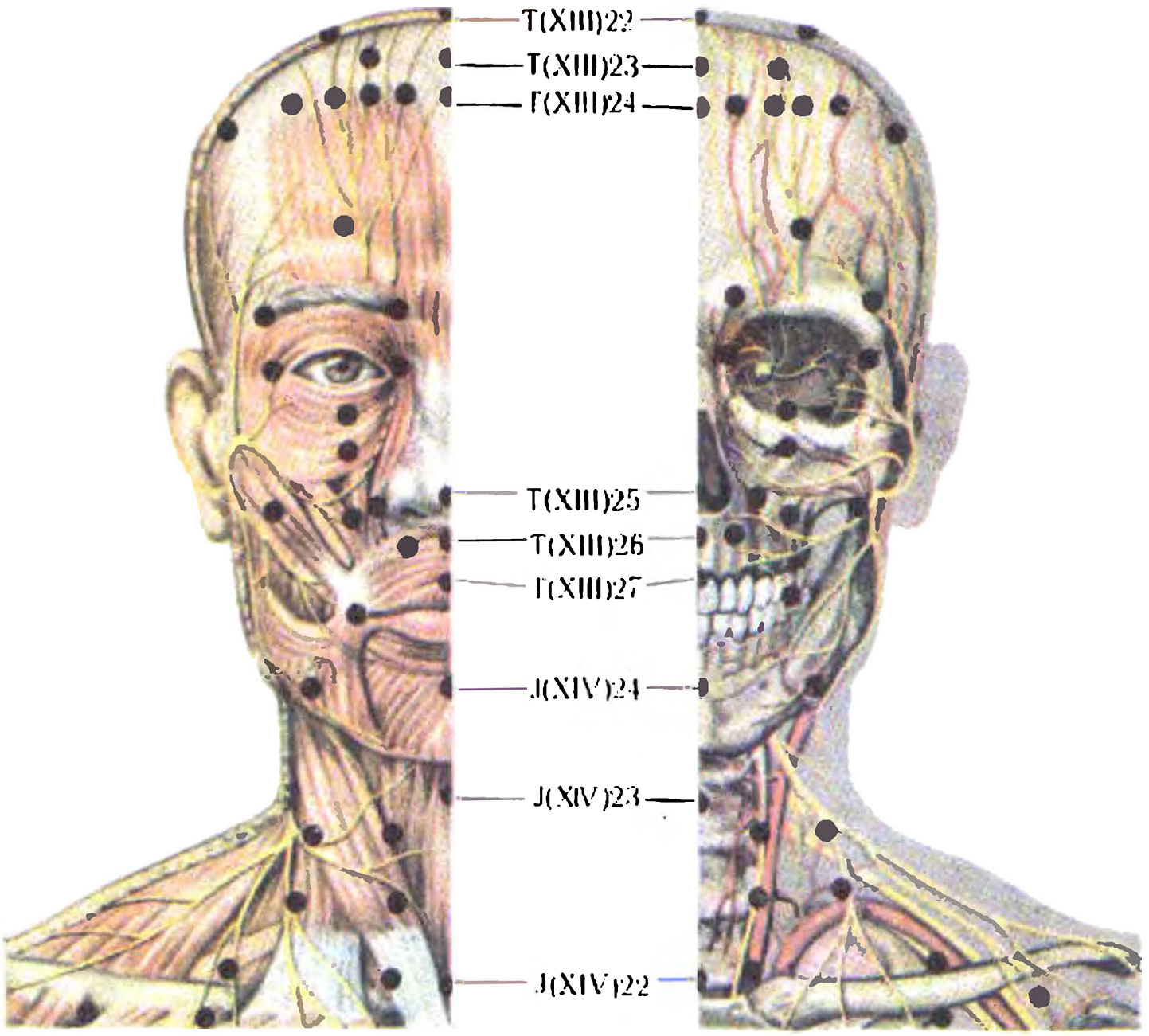


Рис. 153. Проекции точек T(XIII)22—T(XIII)27, J(XIV)22 J(XIV)24 в области головы и шеи.

Показания: заболевания носа, неотложная помощь.

T(XIII)26 (жэнь-чжун)

Топография: на срединной линии, на границе верхней и нижних третей верхней губы; проецируется на круговую мышцу рта; здесь проходят верхняя губная артерия — ветвь лицевой артерии, верхняя губная вена, верхние губные ветви подглазничного нерва, щечные ветви лицевого нерва (см. рис. 153).

Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Определяется в положении лежа на спине.

Показания: неотложная помощь, эпилепсия, истерия, психические нарушения, цереброваскулярные расстройства, тик и контрактура мышц лица, заболевания полости рта, носа, органов дыхания, отек лица, боль в области лица.

T(XIII)27 (дуй-дуань)

Топография: на середине верхней губы, в месте перехода кожи в слизистую оболоч-

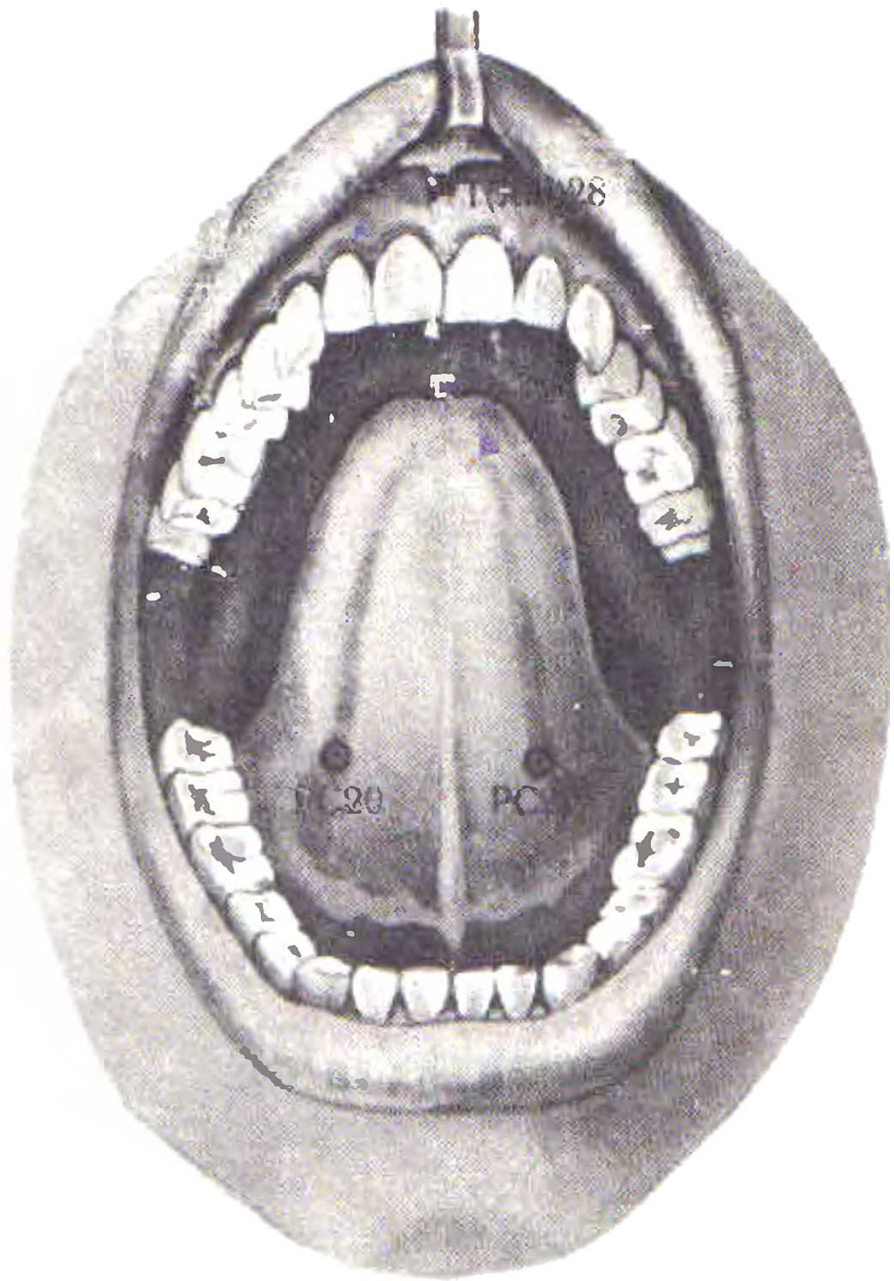


Рис. 154. Локализация точек T(XIII)28 (инь-цзяо) и PC20 (синь-цзинь-юй-е)

ку; проекция та же, что и точки Т(XIII)26 (жэнь-чжун) (см. рис. 153).

Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 3—6 мм; термопунктура противопоказана.

Показания: поражение мышц лица, боль в области лица, заболевания носа, полости рта, зубная боль.

Т(XIII)28 (инь-цзяо)

Топография: в месте перехода десны в верхнюю губу, на середине ее уздечки; здесь проходят верхняя губная артерия — ветвь лицевой артерии, ветви верхнегубной вены, передние верхние альвеолярные ветви и верхние губные ветви подглазничного нерва (из системы второй ветви тройничного нерва).

При определении верхняя губа приподнята (рис. 154).

Техника: укол прямой, перпендикулярно уздечке, по направлению кзади и кверху, глубина введения иглы 3—6 мм; термопунктура противопоказана.

Показания: заболевания полости рта, носа и околоносовых пазух, невралгия тройничного нерва.

Меридиан XIV (переднесрединный)

Относится к системе инь, является одним из «чудесных сосудов», непарный. Насчитывает 24 точки акупунктуры (рис. 155). Начинается в области промежности, посередине между наружными половыми органами и задним проходом (J(XIV)1) (см. рис. 156) Далее идет по срединной линии живота (J(XIV)2 — J(XIV)15), груди (J(XIV)16 — J(XIV)21), шеи (J(XIV)22—J(XIV)23). Последняя точка J(XIV)24 расположена в центре подбородочно-губной борозды.

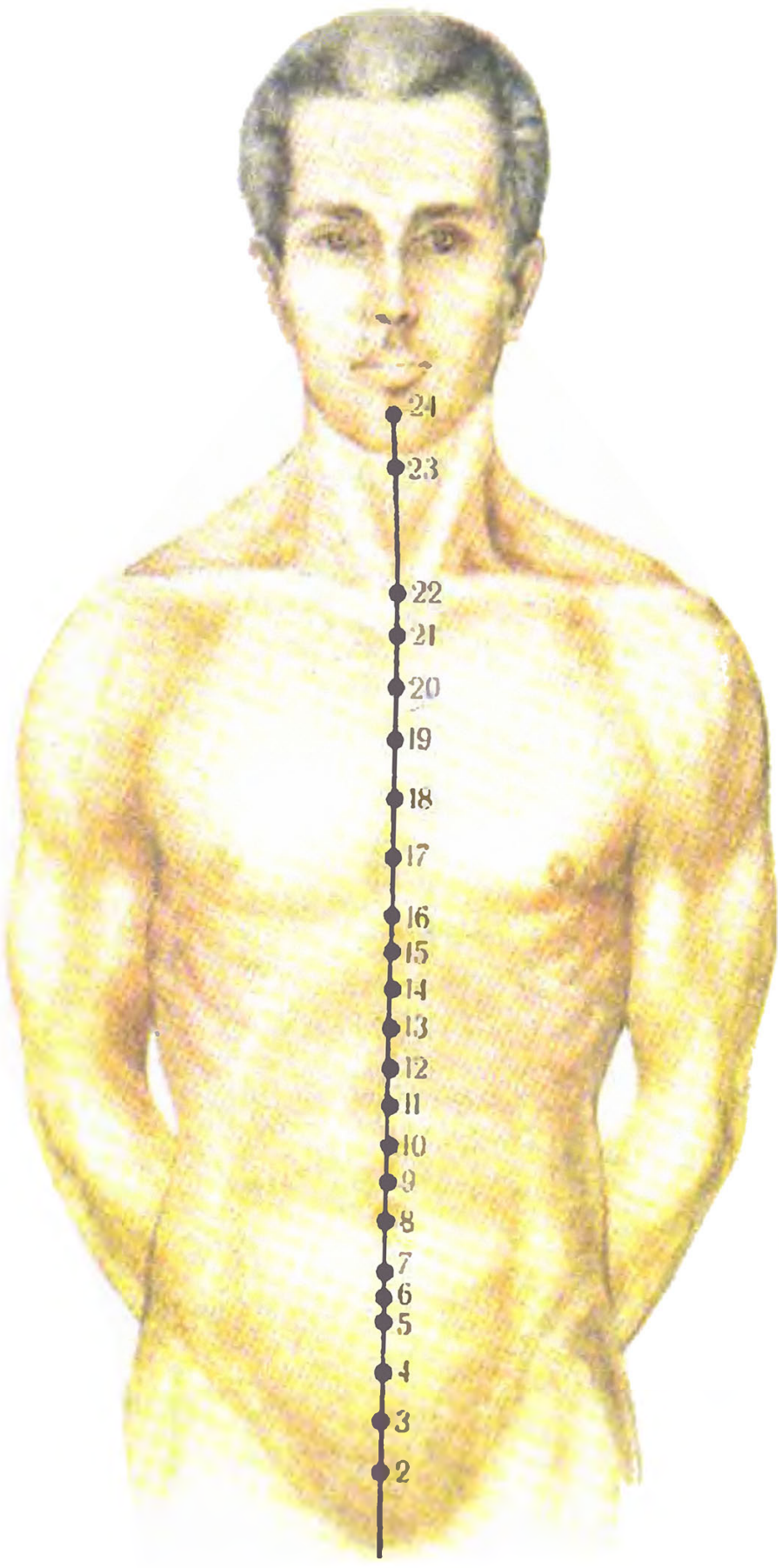


Рис. 155. Точки акупунктуры меридиана XIV (переднесрединного).

J(XIV)1 (хуэй-инь)

Топография: в центре промежности, на середине расстояния между анальным отверстием и мошонкой у мужчин или задней спайкой больших половых губ у женщин (рис. 156); проецируется на луковично-губчатую мышцу, иннервируемую половым нервом; здесь проходят ветви внутренней половой артерии и вены, промежностные нервы от полового нерва.

Определяется в положении лежа на спине, таз приподнят, ноги разведены.

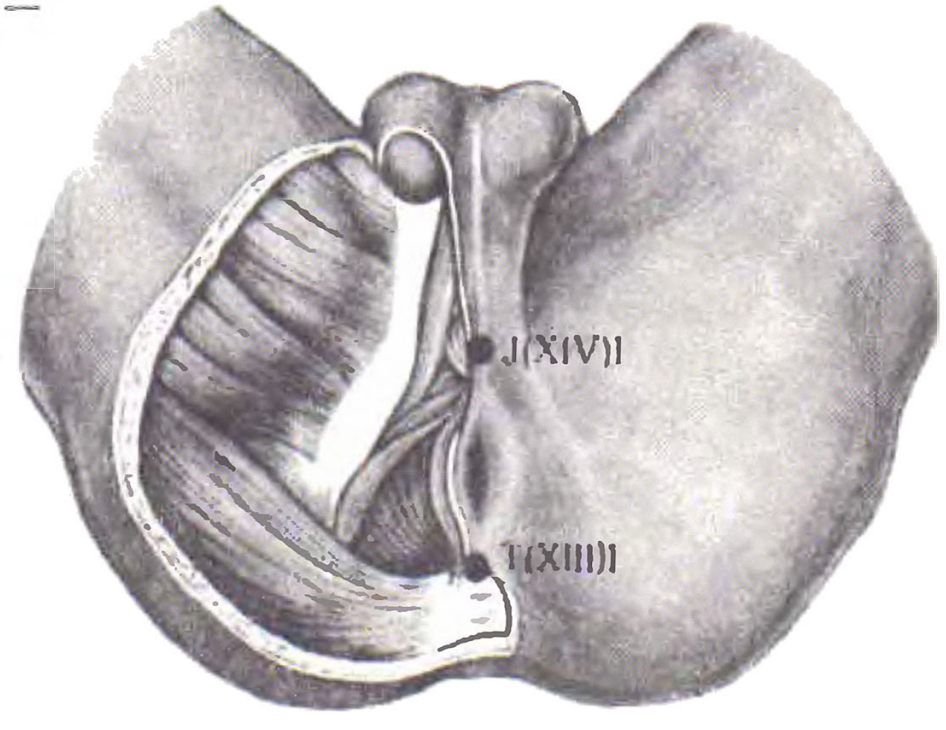


Рис. 156. Локализация точек J(XIV)1 (хуэй-инь) и Т(XIII)1 (чан-цян).

Техника: укол прямой, глубина введения иглы 5—10 мм (иглоукалывание применяется редко); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания мочеполового аппарата, зуд, гипергидроз и дерматит в области промежности и наружных половых органов, заболевания прямой кишки.

J(XIV)2 (цюй-гу)

Топография: на передней срединной линии, у верхнего края лобкового симфиза; проецируется между точками прикрепления обеих пирамидальных мышц; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий, нижней надчревной вены, наружной половой артерии, кожные ветви подвздошно-подчревного нерва (рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания мочеполового аппарата.

J(XIV)3 (чжун-цзи)

Топография: на передней срединной линии, на 1 цунь выше лобкового симфиза или на 4 цуня ниже пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, кожные ветви подвздошно-подчревного нерва (см. рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата.

J(XIV)4 (гуань-юань)

Топография: на передней срединной линии, на 3 цуня ниже пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, передние ветви подреберного нерва (см. рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 25—45 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, диспепсические явления, эмоциональная лабильность, депрессивное состояние.

J(XIV)5 (ши-мэнь)

Топография: на передней срединной линии, на 2 цуня ниже пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви поверхностных и нижних надчревных артерий и вен, передние ветви одиннадцатого грудного нерва (см. рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, кишок, боль в нижней части живота.

J(XIV)6 (ци-хай)

Топография: на передней срединной линии, на 1,5 цуня ниже пупка; проекция та же, что и точки J(XIV)5 (ши-мэнь) (см. рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, кишок, нарушение сна, эмоциональная лабильность, артериальная гипертензия.

J(XIV)7 (инь-цзяо)

Топография: на передней срединной линии, на 1 цунь ниже пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви поверхностной и нижней надчревных артерий и вен, передние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, кишок.

J(XIV)8 (шэнь-цюе)

Топография: в центре пупка; поскольку в области пупка отсутствует подкожная и предбрюшинная жировая клетчатка, тонкий слой кожи и подлежащей рубцовой ткани отделен от брюшины лишь пупочной фасцией, которая является частью поперечной фасции передней брюшной стенки; здесь находится поверхностный артериаль-

ный круг, образованный поверхностной, верхней и нижней надчревными артериями, распределены передние ветви десятого грудного нерва (см. рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин через слой соли).
Показания: заболевания желудка и кишок.

J(XIV)9 (шуй-фэнь)

Топография: на передней срединной линии, на 1 цунь выше пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви поверхностной и верхней надчревных артерий и вен, передние ветви девятого и десятого грудных нервов (см. рис. 157).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок.

J(XIV)10 (ся-вань)

Топография: на передней срединной линии, на 2 цуня выше пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви поверхностной и верхней надчревных артерий и вен, передние ветви девятого грудного нерва (см. рис. 157, 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка и кишок.

J(XIV)11 (цзянь-ли)

Топография: на передней срединной линии, на 3 цуня выше пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви верхних надчревных артерии и вены, передние ветви восьмого и девятого грудных нервов (см. рис. 157, 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка, диспепсические явления, боль в области сердца, икота.

J(XIV)12 (чжун-вань)

Топография: на передней срединной линии, на 4 цуня выше пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, передние ветви седьмого и восьмого грудных нервов (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 10—20 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов пищеварения, головная боль, нарушение сна, сердцебиение, артериальная гипертензия.

J(XIV)13 (шан-вань)

Топография: на передней срединной линии, на 5 цуней выше пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви верхних надчревных артерии и вены, передние ветви седьмого грудного нерва (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—25 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка, диспепсические явления, поражение солнечного сплетения, эпилепсия.

J(XIV)14 (цзюй-цюе)

Топография: на 6 цуней выше пупка; проецируется на белую линию живота; здесь проходят ветви верхней надчревной артерии и вены, передние ветви шестого и седьмого грудных нервов, в глубине расположена левая доля печени (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол прямой, глубина введения иглы 15—20 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания органов пищеварения, функциональные нарушения сердечной деятельности, психические нарушения, эпилепсия.

J(XIV)15 (цзю-вэй)

Топография: на передней срединной линии, на 7 цуней выше пупка; проецируется на мечевидный отросток; здесь проходят ветви внутренней грудной артерии и вены, передние ветви шестого грудного нерва (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол наклонный, глубина вве-

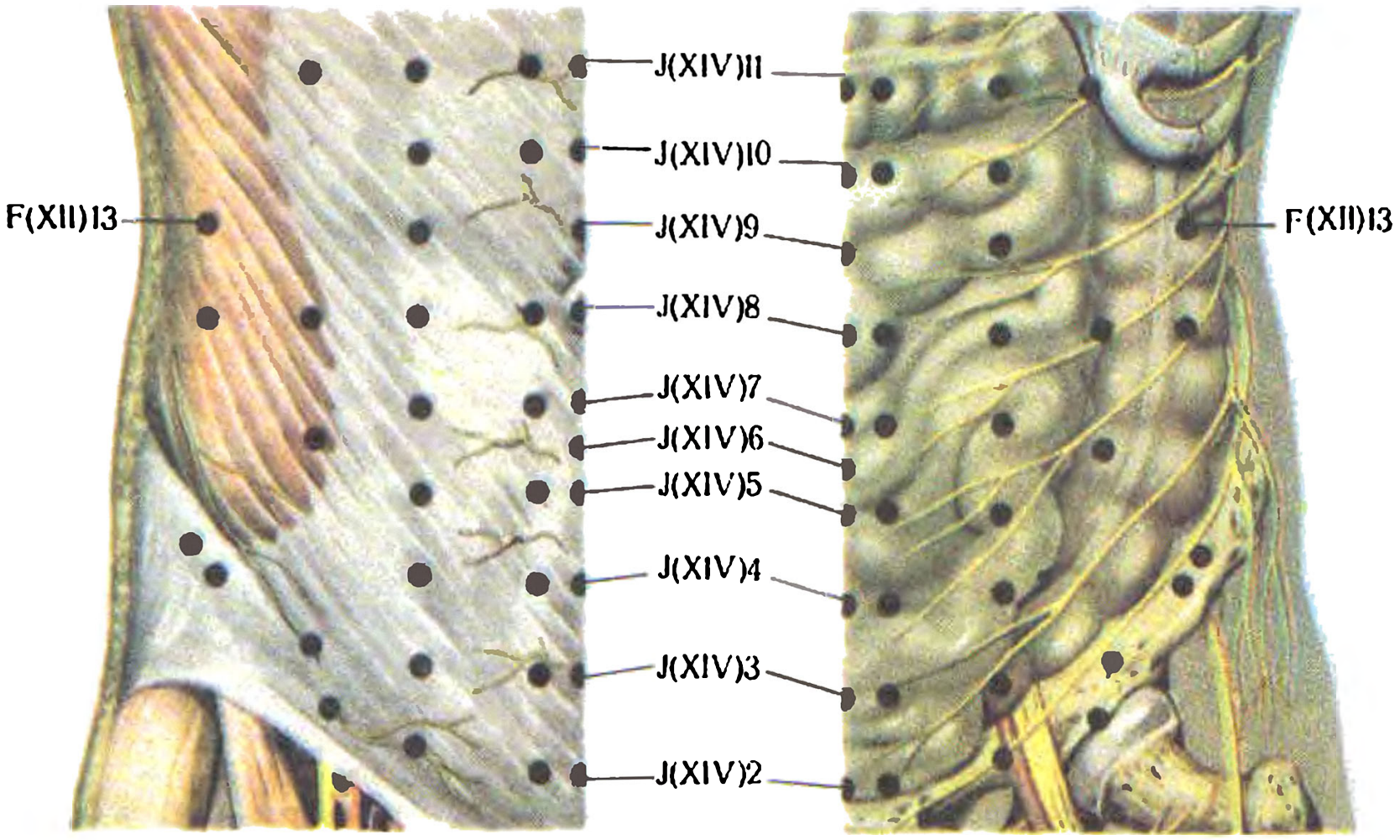


Рис. 157. Проекции точек акупунктуры J(XIV)2—J(XIV)11, F(XII)13 в области живота.

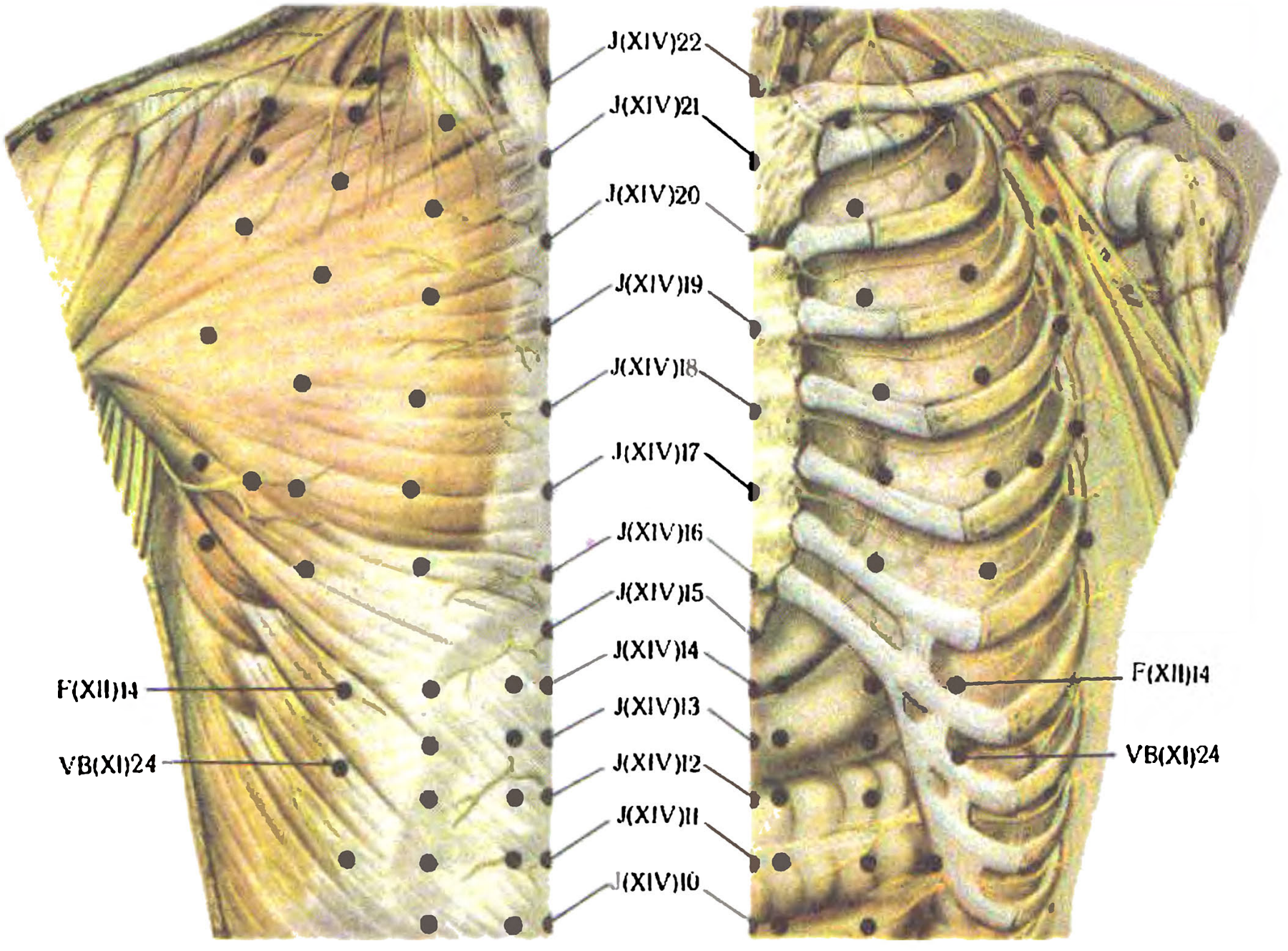


Рис. 158. Проекции точек акупунктуры J(XIV)10—J(XIV)22, VB(XI)24, F(XII)14 в области груди.

дения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры обычная.
Показания: заболевания желудка, сердца и органов дыхания, психические нарушения, эпилепсия.

J(XIV)16 (чжун-тин)

Топография: на передней срединной линии, в месте соединения мечевидного отростка с телом грудины, на уровне V межреберья; здесь проходят ветви внутренней грудной артерии, внутренних грудных вен, передние ветви пятого и шестого грудных нервов (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов дыхания, боль в области грудной клетки, дисфагия, анорексия.

J(XIV)17 (тань-чжун)

Топография: на передней срединной линии, в месте соединения нижней и верхних четвертей тела грудины, на горизонтальной линии сосков — уровень IV межреберья; здесь проходят ветви внутренней грудной артерии, внутренних грудных вен, передние ветви четвертого грудного нерва (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол почти горизонтальный, по направлению книзу, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).
Показания: заболевания органов дыхания, сердца, молочной железы, боль в области грудной клетки, икота, спазм пищевода.

J(XIV)18 (юй-тан)

Топография: на середине тела грудины, на уровне III межреберья; здесь проходят ветви внутренней грудной артерии, внутренних грудных вен, передние ветви третьего грудного нерва (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов дыхания, боль в области сердца, межреберная невралгия.

J(XIV)19 (цзы-гун)

Топография: на передней срединной линии, в месте соединения верхней и нижних четвертей тела грудины, на уровне II межреберья; здесь проходят ветви внутренних грудных артерии и вен, ветви второго грудного нерва (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов дыхания.

J(XIV)20 (хуа-гай)

Топография: на передней срединной линии, в месте соединения рукоятки и тела грудины, на уровне суставной вырезки II ребра; здесь проходят ветви внутренних грудных артерии и вен, передних ветвей первого грудного нерва (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: бронхиальная астма, бронхит, заболевания глотки и гортани, боль в области грудной клетки.

J(XIV)21 (сюань-цзи)

Топография: в центре рукоятки грудины, на уровне суставной вырезки I ребра; здесь проходят ветви внутренних грудных артерии и вен, медиального надключичного нерва из шейного сплетения (см. рис. 158).
Определяется в положении лежа на спине.
Техника: укол почти горизонтальный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 10 мин).
Показания: заболевания органов дыхания, глотки и гортани, диспепсические явления, спазм пищевода.

J(XIV)22 (тянь-ту)

Топография: в центре надгрудинной ямки, между грудино-ключично-сосцевидными мышцами, примерно на 0,5 цуня выше верхнего края яремной вырезки грудины; здесь проходят нижняя щитовидная артерия, отходящая от щитошейного ствола, ветви

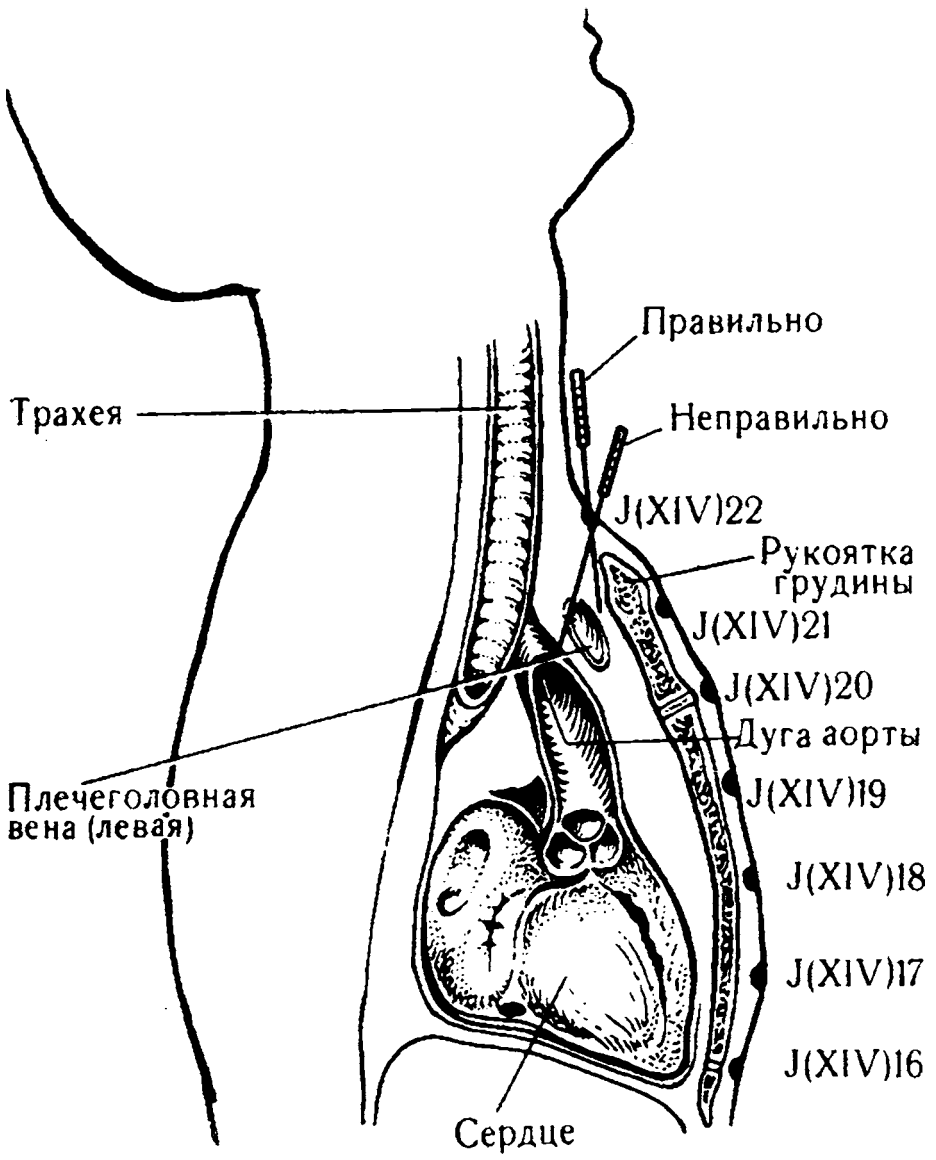


Рис. 159. Схема введения акупунктурной иглы в точку J(XIV)22 (тянь-ту).

медиального надключичного нерва, в глубине — грудино-подъязычные и грудино-щитовидные мышцы, трахея, за грудиной — плечеголовной ствол и дуга аорты (см. рис. 153, 158).

Определяется в положении лежа на спине, голова запрокинута.

Техника: укол наклонный (соблюдать осторожность!), по направлению кзади и книзу за грудину, на глубину от поверхности кожи не более 10 мм (рис. 159); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания органов дыхания, гортани, щитовидной железы, спазм пищевода.

J(XIV)23 (лянь-цюань)

Топография: на срединной линии шеи, в щели между верхним краем щитовидного хряща и нижним краем тела подъязычной кости; проецируется у места прикрепления грудино-подъязычных мышц к подъязычной кости; здесь проходят верхняя щитовидная артерия — ветвь наружной сонной артерии, поверхностная вена шеи, передняя ветвь поперечного нерва шеи, более глубоко — ветви подъязычного и языкоглоточного нервов (см. рис. 153).

Определяется в положении лежа на спине.

Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина введения иглы 10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: бронхит, бронхиальная астма, заболевания гортани, языка, дисфагия, гиперсаливация, боль по передней поверхности шеи.

J(XIV)24 (чэн-цзян)

Топография: в центре подбородочно-губной борозды; проецируется на нижнюю часть круговой мышцы рта, иннервируемой лицевым нервом; здесь проходят нижняя губная артерия — ветвь лицевой артерии, нижняя губная вена, подбородочный нерв (от третьей ветви тройничного нерва) (см. рис. 153).

Техника: укол прямой или наклонный, глубина введения иглы 5—10 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: цереброваскулярные расстройства, поражение мышц лица, боль и отек в области лица, заболевания полости рта, зубная боль, эпилепсия, неотложная помощь.

ВНЕМЕРИДИАННЫЕ ТОЧКИ

Голова, шея

PC1 (сы-шэнь-цун)

Топография: на 1 цунь кпереди, кзади и по обе стороны от точки T(XIII)20 (бай-хуэй) (всего 4 точки) (см. рис. 97).

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.

Показания: головная боль, головокружение, психические нарушения, обморок, эпилепсия.

PC2 (э-чжун)

Топография: на срединной линии лба, выше точки PC3 (инь-тан) на отрезок, равный ширине глазницы от ее медиального до латерального края (рис. 160, 161).

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: блефарит, фронтит, головокружение, рвота, обморок.

PC3 (инь-тан)

Топография: в центре переносья, на середине линии, соединяющей внутренние концы бровей (см. рис. 160, 161).

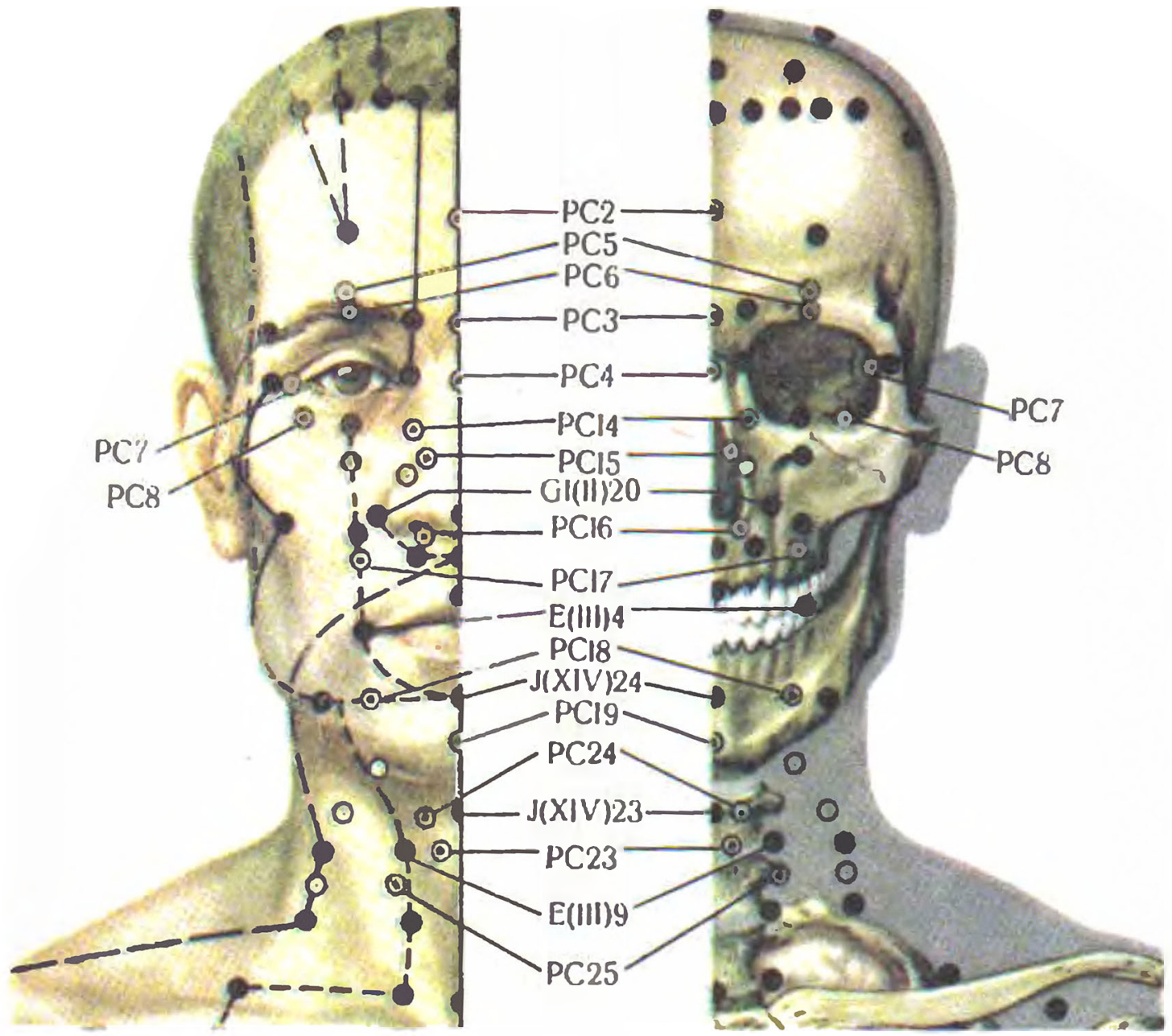


Рис. 160. Проекции точек акупунктуры PC2—PC8, PC14—PC19, PC23—PC25 в области головы и шеи.

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: головная боль в лобной области, головокружение, нарушение сна, заболевания глаз, носа и околоносовых пазух, артериальная гипертензия, обморок, судороги у детей.

PC4 (шань-гэнь)

Топография: на спинке носа, на середине линии, соединяющей внутренние углы глаз (см. рис. 160, 161).

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: головная боль, головокружение, снижение зрения.

PC5 (тоу-гуан-мин, юй-шан)

Топография: над точкой PC6 (юй-яо), на верхнем крае брови (см. рис. 160, 161).

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм

Показания: заболевания глаз, поражение глазодвигательного нерва, мигрень.

PC6 (юй-яо, мэй-чжун)

Топография: в точке пересечения середины брови с вертикальной линией, проведенной через зрачок при взгляде прямо (см. рис. 160, 161).

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: заболевания глаз, поражение глазодвигательного, лицевого нерва, головная боль.

PC7 (юй-вэй)

Топография: примерно на 3 мм кнаружи от наружного угла глаза (см. рис. 160, 161).

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: заболевания глаз, поражение лицевого нерва, мигрень.

PC8 (цю-хоу)

Топография: на нижнем крае глазницы, на 1/4 расстояния от ее латерального до медиального края или при взгляде в сторону в точке пересечения вертикальной линии, проведенной через зрачок, с краем глазницы (см. рис. 160, 161).

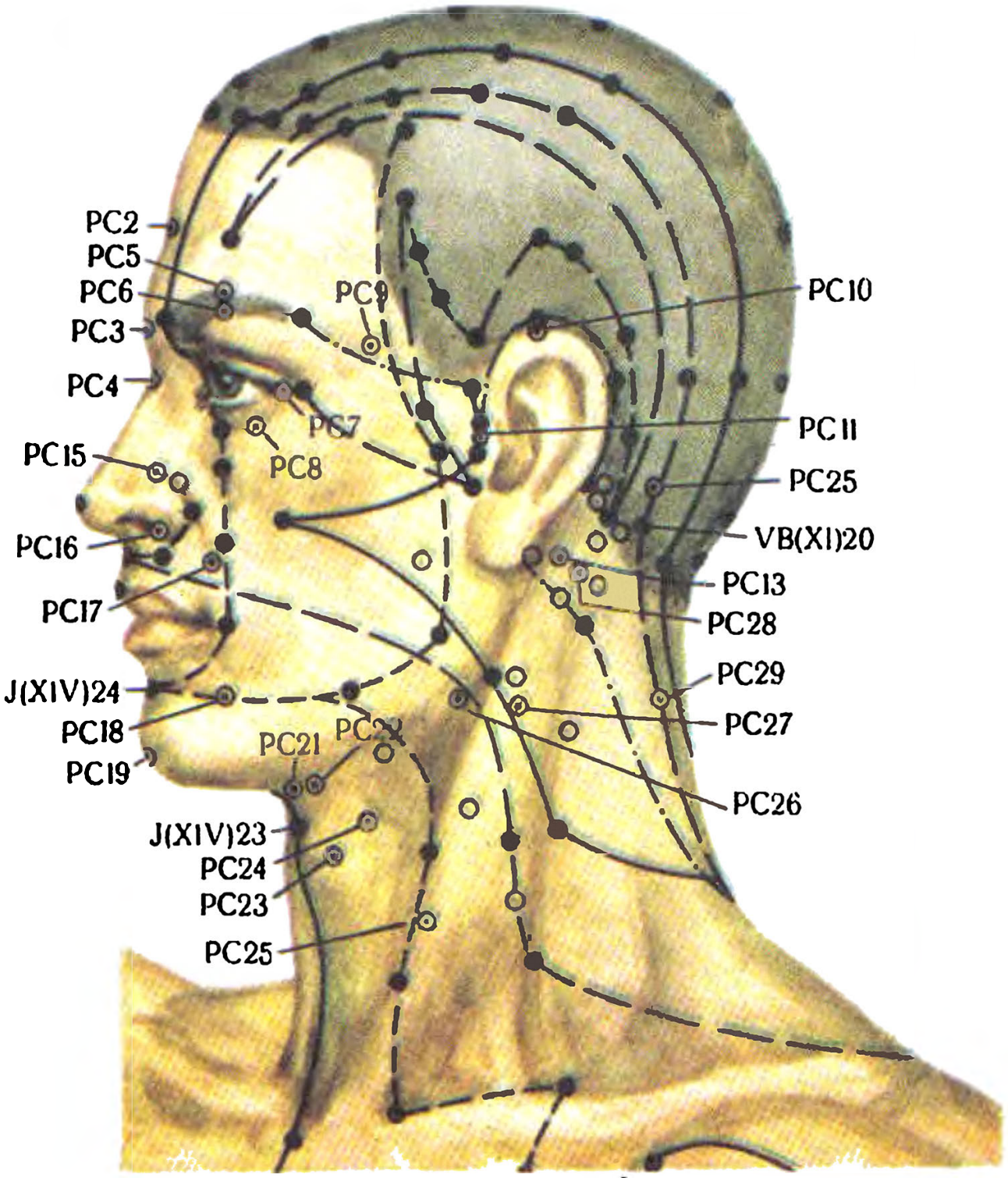


Рис. 161. Проекции точек акупунктуры PC2—PC11, PC13, PC15—PC19, PC21—PC29 в области головы и шеи.

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания глаз.

PC9 (тай-ян)

Топография: в углублении на уровне середины расстояния между наружным концом брови (лобно-скуловой шов) и наружным углом глаза, примерно на 1 цунь кзади от каждого из этих ориентиров (см. рис. 161).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм; при некоторых заболеваниях — поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).
Показания: головная боль, мигрень, заболевания глаз, поражение лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, зубная боль.

PC10 (эр-цзянь)

Топография: в области верхушки ушной раковины, на конце складки, образуемой при загибании раковины кпереди таким образом, чтобы завиток коснулся козелка (см. рис. 97, 161, 162).
Техника: укол прямой, глубина 1—2 мм.
Показания: заболевания глаз, мигрень, аллергические состояния.

PC11 (лун-сюе)

Топография: кпереди от козелка ушной раковины, на середине расстояния между точками TR(X)21 (эр-мэнь) и IG(VI)19 (тин-гун) (см. рис. 161).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: снижение слуха.

PC12 (эр-хоу-цзин)

Топография: на задней поверхности ушной раковины, на каждой из трех вен (3 точки) (см. рис. 162).
Техника: поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).
Показания: конъюнктивит, ячмень, кожные болезни, гипертиреоз.

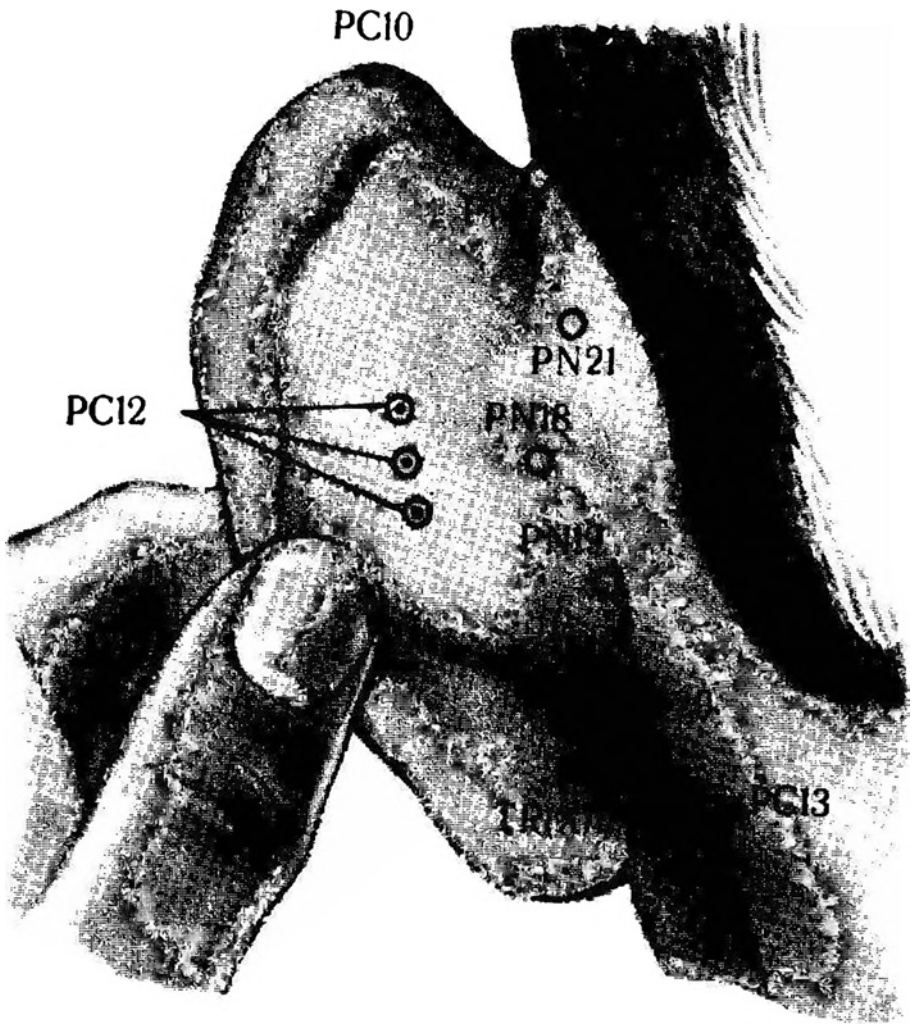


Рис. 162. Локализация точек акупунктуры PC10, PC12, PC13, PN17—PN21.

PC13 (и-мин)

Топография: на 1 цунь кзади от точки TR(X)17 (и-фэн), у нижнего края сосцевидного отростка (см. рис. 161, 162, 164).
Техника: укол прямой или наклонный, по направлению кпереди, глубина 10—15 мм.
Показания: заболевания глаз, нарушение сна.

PC14 (шан-ин-сян)

Топография: на 0,5 цуня ниже внутреннего угла глаза (см. рис. 160).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания носа и околоносовых пазух, блефарит, головная боль.

PC15 (цзя-би)

Топография: на границе между костной и хрящевой частью боковой стенки носа (см. рис. 160, 161).
Техника: укол наклонный, глубина 3—5 мм.
Показания: ринит, снижение обоняния, фурункулез носа.

PC16 (би-лю)

Топография: на нижней поверхности носа, посредине между перегородкой и крылом носа (см. рис. 160, 161).
Техника: укол наклонный, глубина 3—5 мм.
Показания: заболевания носа, снижение обоняния.

PC17 (сань-сяо)

Топография: кнаружи и книзу от точки GI(II)20 (ин-сян), в середине носогубной складки (см. рис. 160, 161).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания носа, поражение лицевого нерва, фурункулез носа.

PC18 (хай-ляо, ся-ди-цан, цзя-чэн-цзян)

Топография: на пересечении вертикальной линии, проведенной через точку E(III)4 (ди-цан), с горизонтальной — через точку J(XIV)24 (чэн-цзян), соответствует подбородочному отверстию (foramen mentale) (см. рис. 160, 161).
Техника: укол наклонный, глубина 3—5 мм.
Показания: заболевания полости рта, поражение лицевого нерва, фурункулез губ.

PC19 (ди-хэ)

Топография: в центре подбородочного выступа (ямка подбородка) (см. рис. 160, 161).
Техника: укол наклонный, глубина 3—5 мм.
Показания: поражение лицевого нерва, зубная боль, заболевания кожи в области лица.

PC20 (цзинь-цзинь — слева, юй-е — справа)

Топография: 2 точки на подъязычных венах, которые находятся по обе стороны от уздечки языка (см. рис. 154).
Техника: поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).
Показания: заболевания полости рта, языка, тонзиллит, афония.

PC21 (шан-лянь-цюань)

Топография: при запрокинутой назад голове на 1 цунь выше точки J(XIV)23 (лянь-цюань), над подъязычной костью (см. рис. 161, 163).
Техника: укол наклонный, по направлению к корню языка, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания полости рта, боль в области языка.

РС22 (вай-цзинь-цзинь — слева, вай-юй-е — справа)

Топография: на 0,3 цуня кнаружи от точки РС21 (шан-лянь-цюань); при определении голова запрокинута (см. рис. 161, 163).
Техника: укол наклонный, по направлению к корню языка, глубина 15—20 мм.
Показания: гиперсаливация, стоматит, нарушение речи.

РС23 (хун-инь)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от выступа гортани (см. рис. 160, 161, 163).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: ларингит, глухонемота.

РС24 (пан-лянь-цюань)

Топография: на середине горизонтальной линии, соединяющей точку J(XIV)23 (лянь-цюань) и передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы (см. рис. 160, 161, 163).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: отечность языка, глухонемота.

РС25 (я-сюе)

Топография: 2 точки на передней поверхности шеи (РС25/1), 2 — на задней (РС25/2); передние располагаются между точками E(III)9 (жэнь-ин) и E(III)10 (шуй-ту), на 0,2 цуня кнаружи от места пульсации сонной артерии, задние — на 0,4 цуня выше точки VB(XI)20 (фэн-чи) (см. рис. 160, 161, 164).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм, с соблюдением особой осторожности при воздействии на передние точки (опасность повреждения сосудисто-нервного пучка).
Показания: глухонемота.

РС26 (бянь-тао, дун-фэн)

Топография: под углом нижней челюсти, кпереди от наружной сонной артерии (см. рис. 161).
Техника: укол наклонный, глубина 10—15 мм (соблюдать осторожность!).
Показания: тонзиллит.

РС27 (ло-цзин)

Топография: в области грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на границе верхней и нижних двух третей ее длины (см. рис. 161).

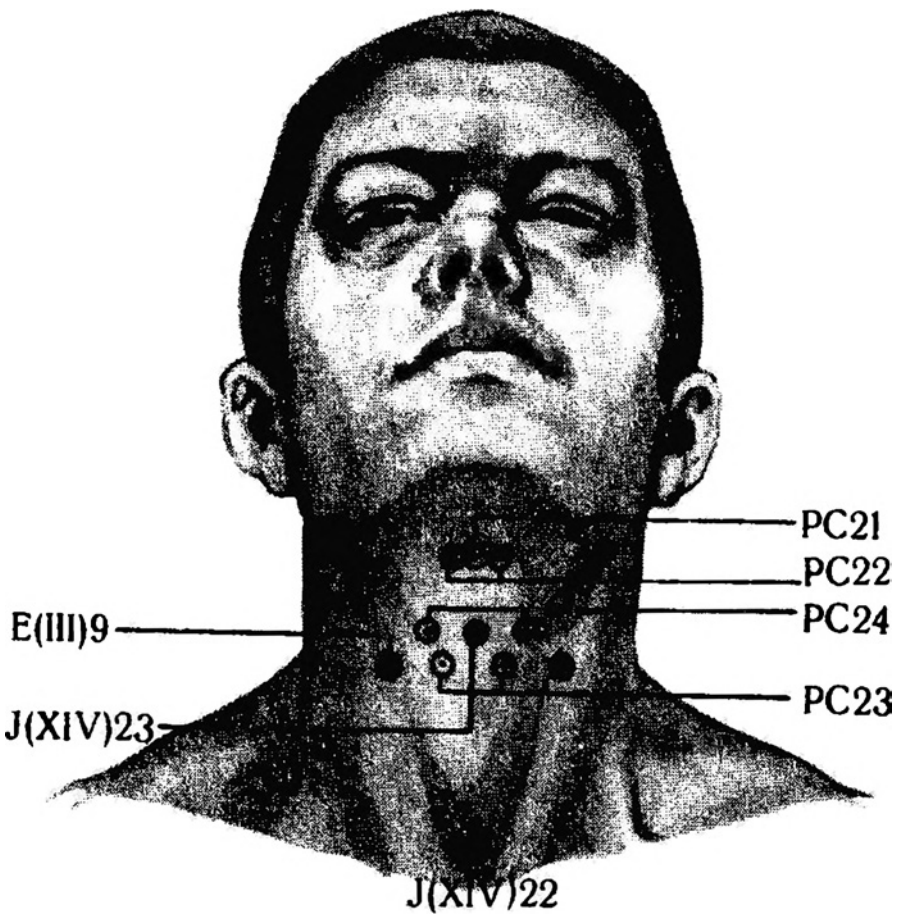


Рис. 163. Локализация точек акупунктуры РС21—РС24 в области передней поверхности шеи.

Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: боль в затылочной области, кривошея.

РС28 (фэн-янь)

Топография: кзади и книзу от точки РС13 (и-мин), на 0,5 цуня кпереди от середины расстояния между нижним краем мочки уха и точкой T(XIII)15 (я-мэнь) (см. рис. 161).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: истерия, неврастения, психические нарушения, мигрень.

РС29 (синь-ши)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка III шейного позвонка (см. рис. 161, 164).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: боль и напряжение мышц в шейно-затылочной области и спине, боль в горле.

РС30 (бай-лао)

Топография: на 2 цуня выше и на 1 цунь кнаружи от точки T(XIII)14 (да-чжуй) (см. рис. 164).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: кашель, бронхиальная астма, бронхит, боль в затылочной области, кривошея, послеродовая лихорадка.

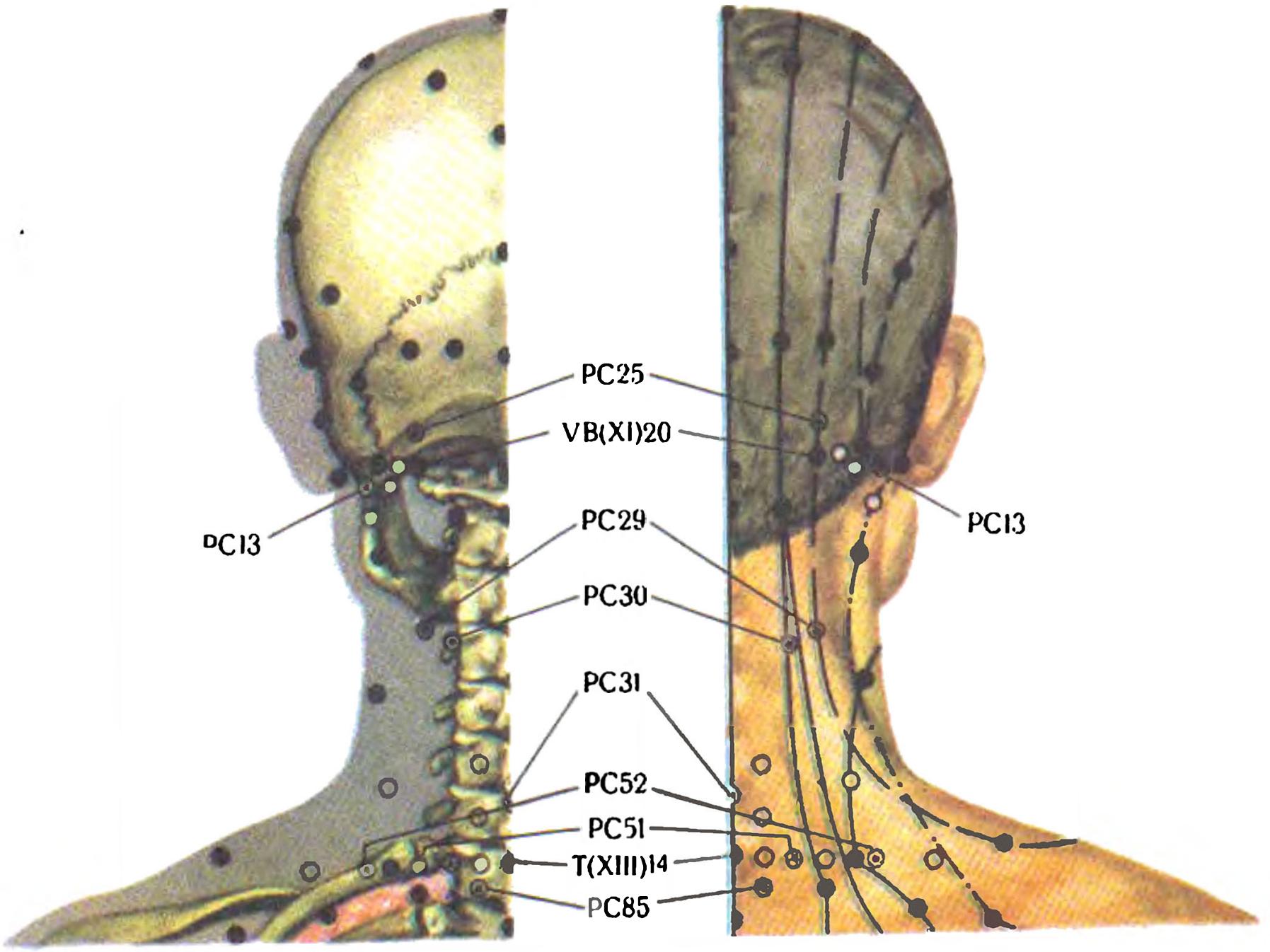


Рис. 164. Проекции точек акупунктуры PC13, PC25, PC29—PC31, PC51, PC52, PC85 в области головы и шеи.

PC31 (чун-гу)

Топография: под остистым отростком VI шейного позвонка (см. рис. 164, 167).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: боль и напряжение мышц в шейно-затылочной области, заболевания органов дыхания, лихорадка, эпилепсия, тошнота.

Передняя поверхность туловища

PC32 (чи-сюе)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки J(XIV)21 (сюань-цзи) (рис. 165).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания, межреберная невралгия.

PC33 (тань-чуань)

Топография: на 1,8 цуня кнаружи от точки E(III)16 (ин-чуан) (см. рис. 165).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания.

PC34 (лун-хань)

Топография: на 1,5 цуня выше точки J(XIV)15 (цзю-вэй), между точками J(XIV)16 (чжун-тин) и J(XIV)17 (тань-чжун) (см. рис. 165).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: гастралгия, боль в области грудной клетки.

PC35 (цзо-и — слева, юй-и — справа)

Топография: в V межреберье, на 1 цунь кнаружи от точки E(III)18 (жу-гэнь) (см. рис. 165).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания молочной железы, плеврит, межреберная невралгия.

PC36 (мэй-хуа)

Топография: система 5 точек, из которых центральная соответствует точке J(XIV)12 (чжун-вань), а по 2 с каждой стороны находятся на 0,5 цуня выше и ниже точки R(VIII)19 (инь-ду) (см. рис. 165).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания желудка и кишок, диспепсические явления, анорексия.

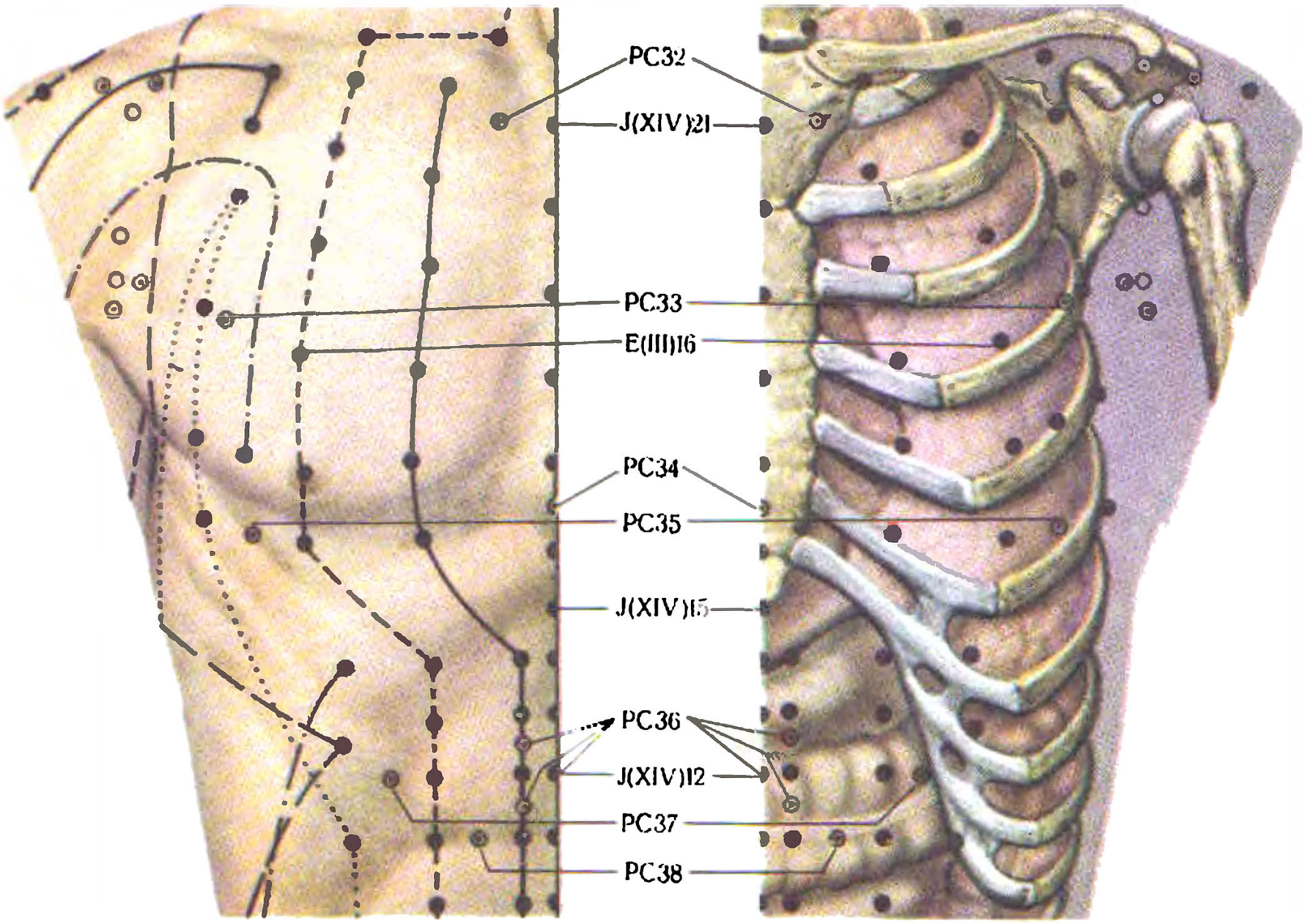


Рис. 165. Проекции точек акупунктуры PC32—PC38 в области груди.

PC37 (ши-цан)

Топография: на 3 цуня кнаружи от точки J(XIV)12 (чжун-вань) (см. рис. 165).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: те же, что и для воздействия на точку PC36 (мэй-хуа).

PC38 (ши-гуань)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки J(XIV)11 (цзянь-ли) (см. рис. 165).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания желудка, кишок и почек, диспепсические явления.

PC39 (хунь-шэ)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки J(XIV)8 (шэнь-цюе) (рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания кишок, гастралгия, диспепсические явления.

PC40 (хэн-вэнь)

Топография: на 0,5 цуня кнутри от точки RP(IV)15 (да-хэн) (см. рис. 166).
Техника: иглоукалывание противопоказано, продолжительность дистантной термопунктуры 3—5 мин.
Показания: общая слабость, гипергидроз.

PC41 (ци-чжун)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от точки J(XIV)6 (ци-хай) (см. рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм
Показания: боль и урчание в животе, метеоризм, анемия.

PC42 (цзин-чжун)

Топография: на 3 цуня кнаружи от точки J(XIV)6 (ци-хай) (см. рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания кишок, запор, дисменорея, урологические заболевания.

PC43 (вай-сы-мань)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки R(VIII)14 (сы-мань) (см. рис. 166).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—10 мин.
Показания: дисменорея.

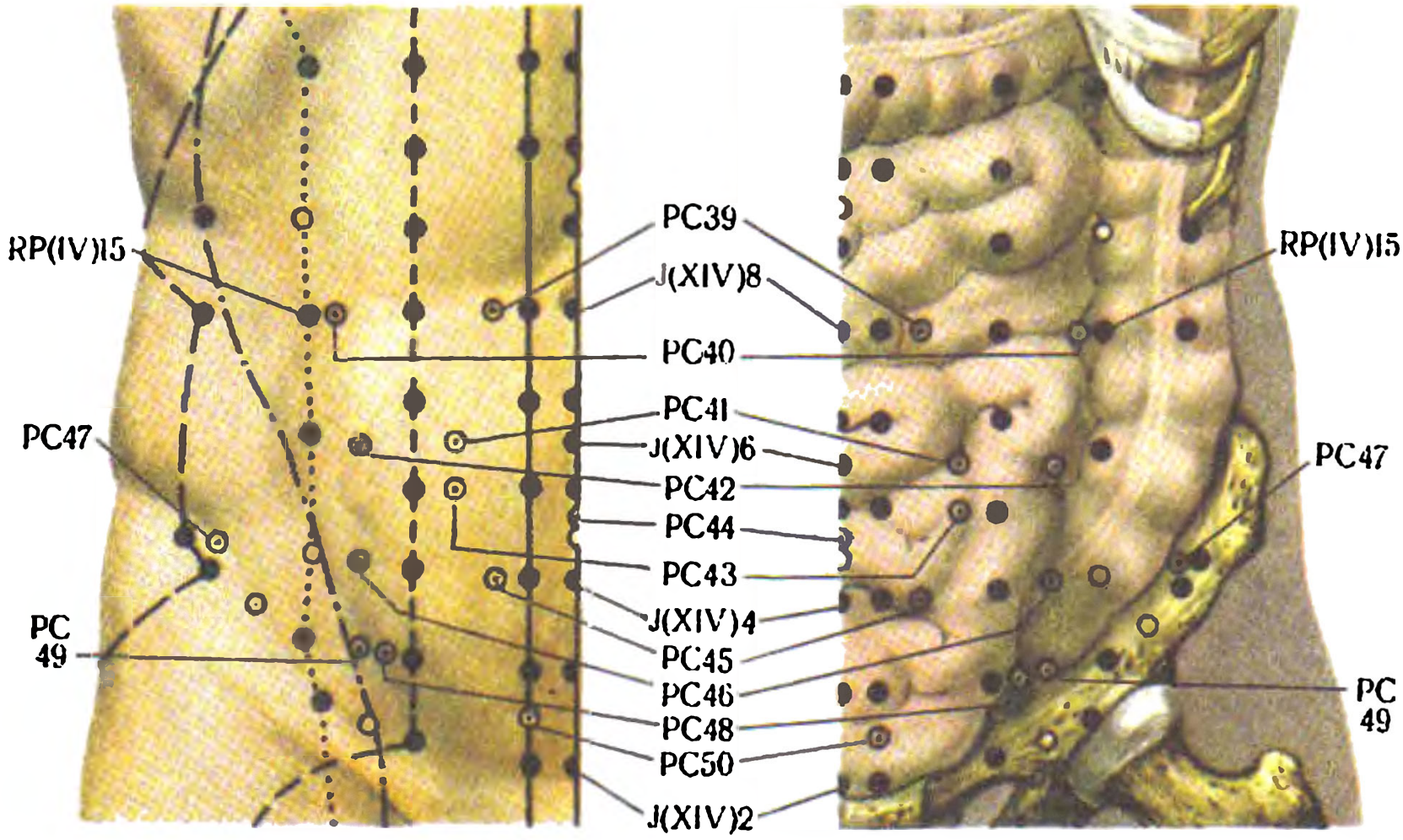


Рис. 166. Проекции точек акупунктуры PC39—PC50 в области живота.

PC44 (цзюе-цзунь)

Топография: на 0,3 цуня ниже точки J(XIV)5 (ши-мэнь) (см. рис. 166).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—10 мин.
Показания: бесплодие, понос у детей.

PC45 (и-цзин)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки J(XIV)4 (гуань-юань) (см. рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: урологические заболевания.

PC46 (ци-мэнь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от точки J(XIV)4 (гуань-юань) (см. рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания мочеполового аппарата.

PC47 (вэй-бао)

Топография: в углублении книзу и кнутри от верхней передней подвздошной ости, на горизонтальном уровне точки J(XIV)4 (гуань-юань) (см. рис. 166).
Техника: укол наклонный, по направлению к паховой складке, глубина 20—30 мм.
Показания: опущение матки.

PC48 (чан-и)

Топография: на 2,5 цуня кнаружи от точки J(XIV)3 (чжун-цзи) (см. рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, запор.

PC49 (цзы-гун)

Топография: на 3 цуня кнаружи от точки J(XIV)3 (чжун-цзи) (см. рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: гинекологические заболевания.

PC50 (тин-гоу)

Топография: на 0,5 цуня ниже точки R(VIII)12 (да-хэ) (см. рис. 166).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: опущение матки.

Задняя поверхность туловища

PC51 (чуань-си)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки T(XIII)14 (да-чжуй) (рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: крапивница, кашель.

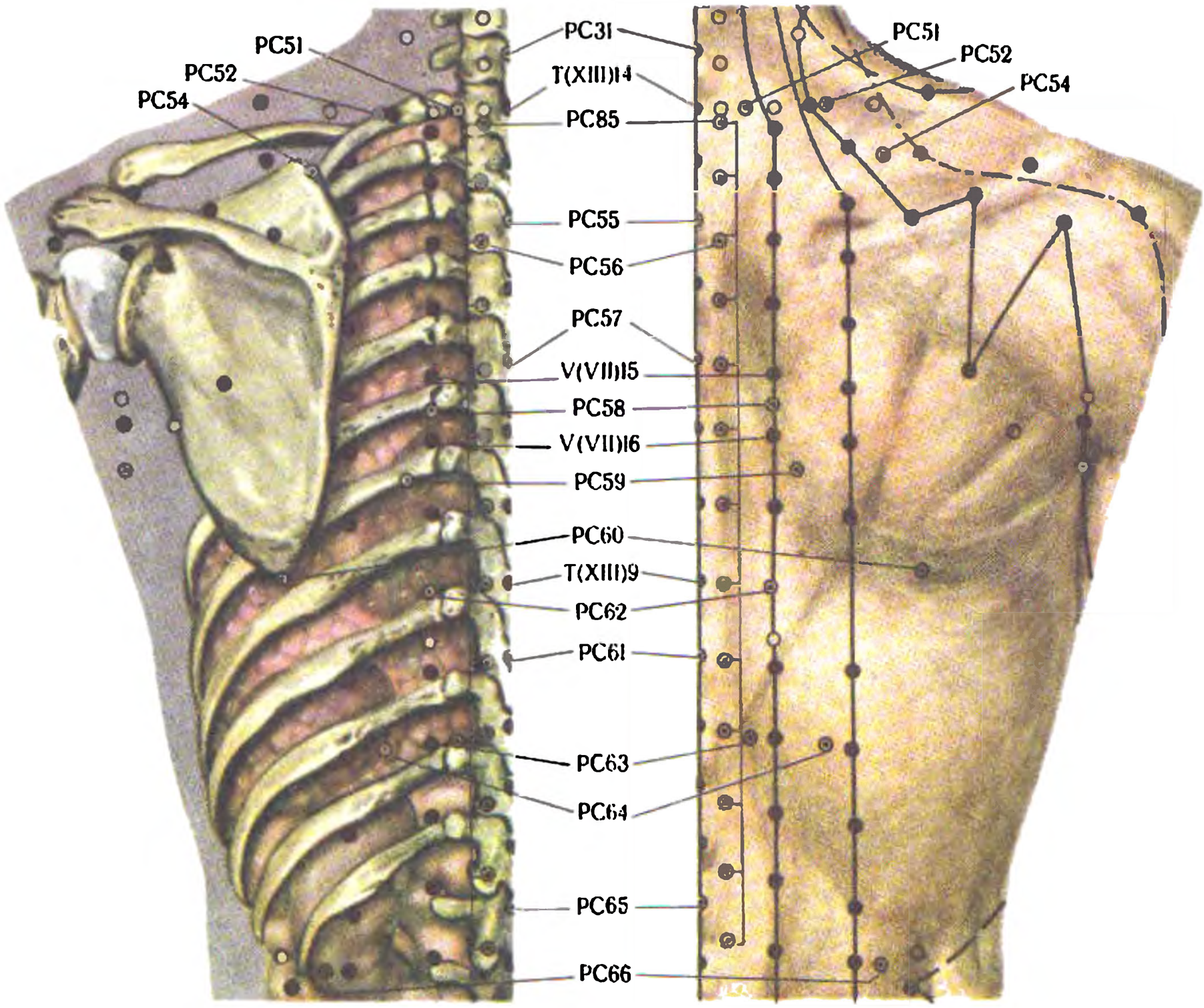


Рис. 167. Проекции точек акупунктуры PC31, PC51, PC52, PC54—PC66, PC85 в области спины.

PC52 (бай-чжун-фэн)

Топография: на 2,3 цуня кнаружи от точки T(XIII)14 (да-чжуй) (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: крапивница, цереброваскулярные расстройства.

PC53 (ба-хуа)

Топография: всего 8 точек (4 пары); локализация их зависит от размеров грудной клетки; для определения измеряют расстояние между среднеключичными линиями (сосками у мужчин), из 3/4 длины этого расстояния строят равносторонний треугольник, при совмещении его вершины с точкой T(XIII)14 (да-чжуй) в двух нижних углах расположена верхняя пара точек — PC53 (ба-хуа); к точке пересечения основания треугольника с задней срединной линией (середина расстояния между найденными точками) снова прикладывают вершину треугольника — два его нижних угла соответствуют второй паре точек PC53 (ба-хуа); третью и четвертую пару точек определяют таким же образом (рис. 168).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания, астеническое состояние, гипергидроз, боль в суставах.

PC54 (цзюй-цзюе)

Топография: над медиальным краем ости лопатки, несколько книзу и кнутри от верхнего угла лопатки; если обхватить рукой противоположный плечевой сустав, точка находится под кончиком среднего пальца (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: боль в области лопатки, истерия.

PC55 (у-мин, эр-чжуй-ся)

Топография: в углублении под остистым отростком II грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: психические нарушения.

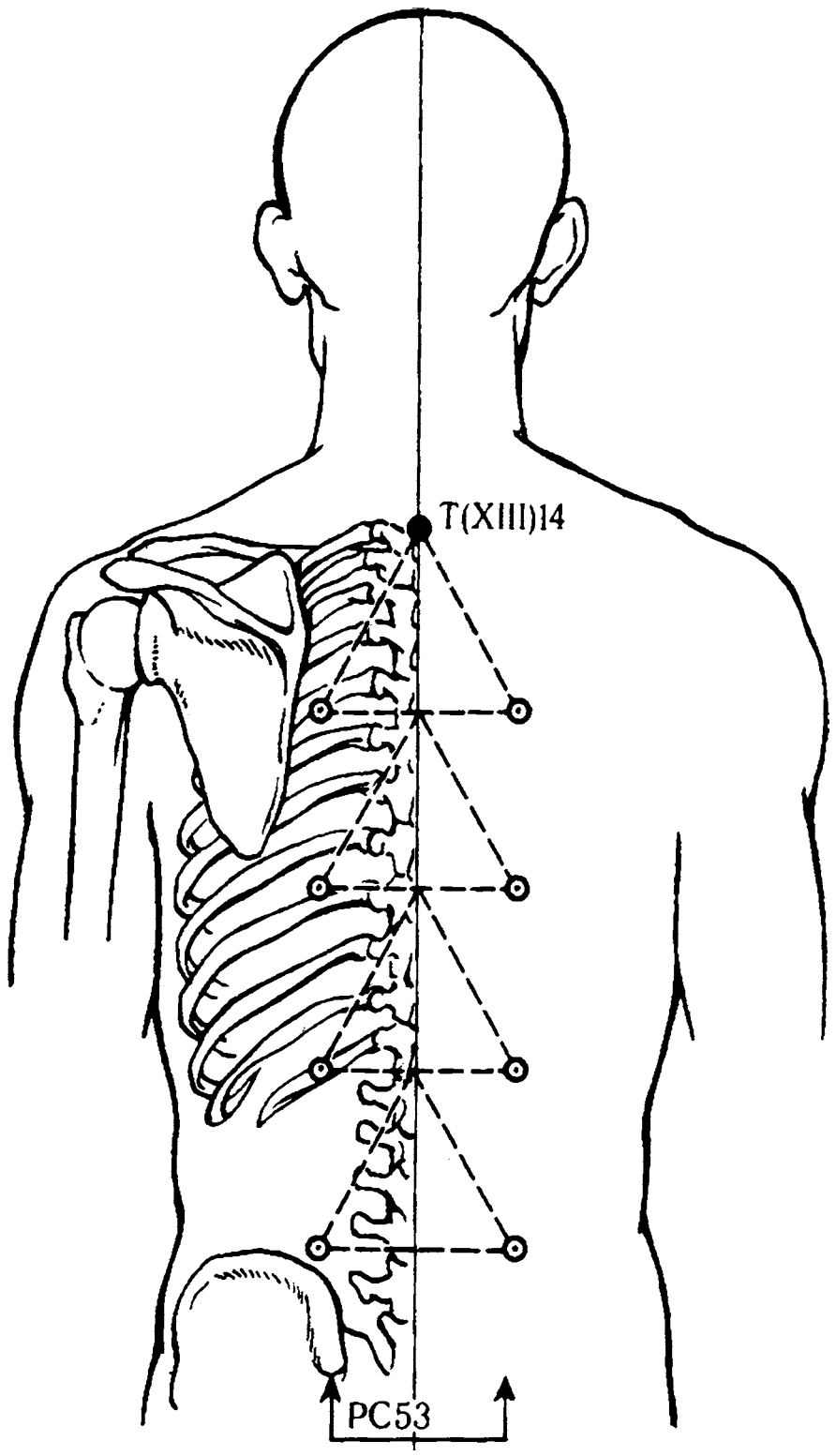


Рис. 168. Схема определения локализации точки PC53 (ба-хуа).

PC56 (чжу-це)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка III грудного позвонка (совпадает с третьей точкой PC85) (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания, боль в области грудной клетки, спины, поясницы, живота.

PC57 (цзюй-цюе-шу)

Топография: под остистым отростком IV грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания, сердца, межреберная невралгия, неврастения.

PC58 (лян-янь)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка VI грудного позвонка, на середине расстояния между точками V(VII)15 (синь-шу) и V(VII)16 (ду-шу) (см. рис. 167).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 10—20 мин (на стороне поражения).
Показания: острый конъюнктивит, ячмень.

PC59 (ци-чуань)

Топография: на 2 цуня кнаружи от остистого отростка VII грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания, сердцебиение.

PC60 (инь-коу)

Топография: в области нижнего угла лопатки (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания, межреберная невралгия.

PC61 (ба-чжуй-ся)

Топография: под остистым отростком VIII грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов дыхания, лихорадка, сахарный диабет.

PC62 (и-шу, ба-шу)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VIII грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: сахарный диабет, межреберная невралгия, заболевания органов дыхания, диспепсические явления, боль в животе.

PC63 (шу-бянь)

Топография: на 1 цунь кнаружи от нижнего края остистого отростка X грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания желчного пузыря, желтуха, плеврит.

PC64 (чжо-юй)

Топография: на 2,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка X грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания печени и желчного пузыря, анорексия, истерия.

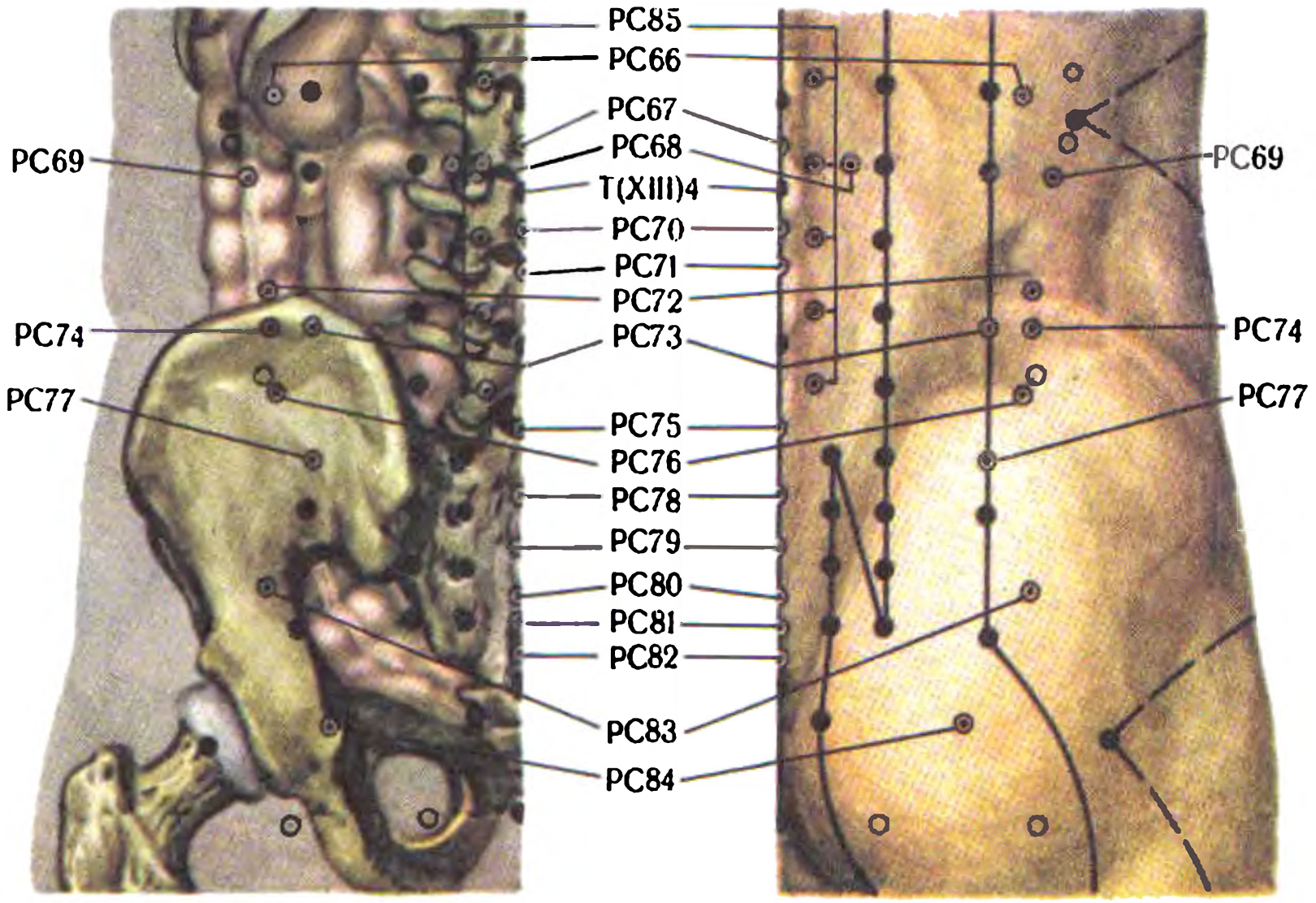


Рис. 169. Проекции точек акупунктуры РС66—РС85 в поясничнo-крестцовой области.

РС65 (цзе-гу)

Топография: под остистым отростком XII грудного позвонка (см. рис. 167).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания органов пищеварения, выпадение прямой кишки, эпилепсия.

РС66 (пи-гэнь)

Топография: на 3,5 цуня кнаружи от остистого отростка I поясничного позвонка (см. рис. 167, 169).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: гепатоспленомегалия, заболевания органов пищеварения, почек, боль в области поясницы.

РС67 (сюе-чоу)

Топография: над остистым отростком II поясничного позвонка, на середине расстояния между точками Т(XIII)4 (минмэнь) и Т(XIII)5 (сюань-шу) (см. рис. 169).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 15—20 мин.
Показания: кровотечение (носовое, кровохарканье и т. д.).

РС68 (чан-фэн)

Топография: на 1 цунь кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: заболевания органов пищеварения, геморрой, энурез.

РС69 (цзи-цзюй-пи-куай, сюе-фу)

Топография: на 4 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: гепатоспленомегалия, заболевания органов пищеварения, аднексит.

РС70 (чжу-чжан)

Топография: над остистым отростком III поясничного позвонка, на середине расстояния между точками Т(XIII)4 (минмэнь) и РС71 (ся-цзи-шу) (см. рис. 169).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 20—30 мин.
Показания: воспаление в области пупка у детей, заболевания органов пищеварения, анорексия, боль в поясничной области, геморрой.

РС71 (ся-цзи-шу)

Топография: под остистым отростком III поясничного позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: урологические заболевания, боль в области поясницы, геморрой.

РС72 (хоу-ци-мэнь)

Топография: в точке пересечения подвздошного гребня с перпендикуляром, проведенным через середину линии, соединяющей большой вертел бедренной кости и нижний конец копчика (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: ишиалгия, обезболивание при родах.

РС73 (яо-и)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV поясничного позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: боль в поясничной области, метроррагия.

РС74 (яо-янь)

Топография: на 3,8 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV поясничного позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: боль в поясничной области, орхит, гинекологические заболевания.

РС75 (ши-ци-чжуй-ся)

Топография: под остистым отростком V поясничного позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: боль в поясничной области, чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, гинекологические заболевания.

РС76 (чжун-кун)

Топография: на 3,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка V поясничного позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: боль в поясничной области.

РС77 (яо-гэнь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка I крестцового позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 30 мм.
Показания: боль в суставах ног.

РС78 (цзю-ци)

Топография: под остистым отростком I крестцового позвонка (см. рис. 169).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 20—30 мин.
Показания: метроррагия.

РС79 (яо-ци)

Топография: под остистым отростком II крестцового позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина 10—20 мм.
Показания: эпилепсия.

РС80 (ся-чжуй)

Топография: под остистым отростком III крестцового позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания кишок, геморрой, дисменорея.

РС81 (юй-тянь)

Топография: под остистым отростком IV крестцового позвонка (см. рис. 169).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: боль в пояснично-крестцовой области, обезболивание при родах.

РС82 (пинь-сюе-лин)

Топография: над остистым отростком V крестцового позвонка, на середине расстояния между точками РС81 (юй-тянь) и Т(XIII)2 (яо-шу) (см. рис. 169).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 10—20 мин.
Показания: анемия, боль в области крестца.

РС83 (тунь-чжун)

Топография: в верхней части ягодичной области, соответствует вершине равностороннего треугольника, основанием которого служит линия, соединяющая нижний конец копчика с большим вертелом бедренной кости (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, крапивница.

PC84 (хуань-чжун)

Топография: на середине расстояния между точками T(XIII)2 (яо-шу) и VB(XI)30 (хуань-тяо) (см. рис. 169).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: боль в поясничной области, в области нижних конечностей.

PC85 (хуа-туо-цзя-цзи)

Топография: система 34 точек (по 17 точек с обеих сторон позвоночного столба), располагающихся на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка каждого грудного и поясничного позвонка (см. рис. 167, 169).
Техника: укол прямой (глубина 10 мм) или почти горизонтальный для воздействия на несколько точек.
Показания: заболевания органов дыхания, системы пищеварения, мочеполового аппарата, боль в спине, поясничной области, параличи конечностей, неврастения.

Верхняя конечность

PC86 (ши-сюань)

Топография: на кончике каждого пальца, примерно на 0,3 см от ногтя, всего 10 точек (рис. 170).
Техника: поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).
Показания: неотложная помощь, судороги у детей, эпилепсия, истерия.

PC87 (му-чжи-цзянь)

Топография: на кончике большого пальца, примерно на 0,3 см от ногтя; совпадает с точкой I пальца PC86 (ши-сюань) (см. рис. 170).
Техника: поверхностное иглоукалывание, глубина 3 мм.
Показания: отеки при заболеваниях почек.

PC88 (сяо-чжи-цзянь)

Топография: на кончике мизинца, примерно на 0,3 см от ногтя; совпадает с точкой V пальца PC86 (ши-сюань) (см. рис. 170).
Техника: поверхностное иглоукалывание, глубина 2—3 мм.
Показания: желтуха, коклюш.

PC89 (фэн-гуань)

Топография: на ладонной поверхности II пальца, в центре поперечной кожной складки, между проксимальной и средней фалангами; совпадает с точкой II пальца PC94 (сы-фэн) (см. рис. 170).
Техника: поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).
Показания: судороги у детей.

PC90 (цзю-дянь-фэн)

Топография: на ладонной поверхности III пальца, в центре поперечной кожной складки, между средней и дистальной фалангами (см. рис. 170).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 10—15 мин.
Показания: витилиго.

PC91 (му-чжи-цзе-хэн-вэнь)

Топография: на ладонной поверхности I пальца, в центре поперечной кожной межфаланговой складки (см. рис. 170).
Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—10 мин.
Показания: помутнение роговицы.

PC92 (фэн-янь)

Топография: на ладонной поверхности I пальца, у наружного (лучевого) края поперечной кожной межфаланговой складки (см. рис. 170).
Техника: поверхностное иглоукалывание, глубина 2—3 мм.
Показания: гемералопия, контрактура пальцев рук.

PC93 (мин-янь)

Топография: на ладонной поверхности I пальца, у внутреннего (локтевого) края поперечной кожной межфаланговой складки (рис. 171).
Техника: поверхностное иглоукалывание, глубина 2—3 мм.
Показания: гемералопия, конъюнктивит, тонзиллит, заболевания органов системы пищеварения у детей.

PC94 (сы-фэн)

Топография: на ладонной поверхности II—V пальцев, в центре поперечной кожной складки между проксимальной и средней фалангами, всего 8 точек (см. рис. 170).

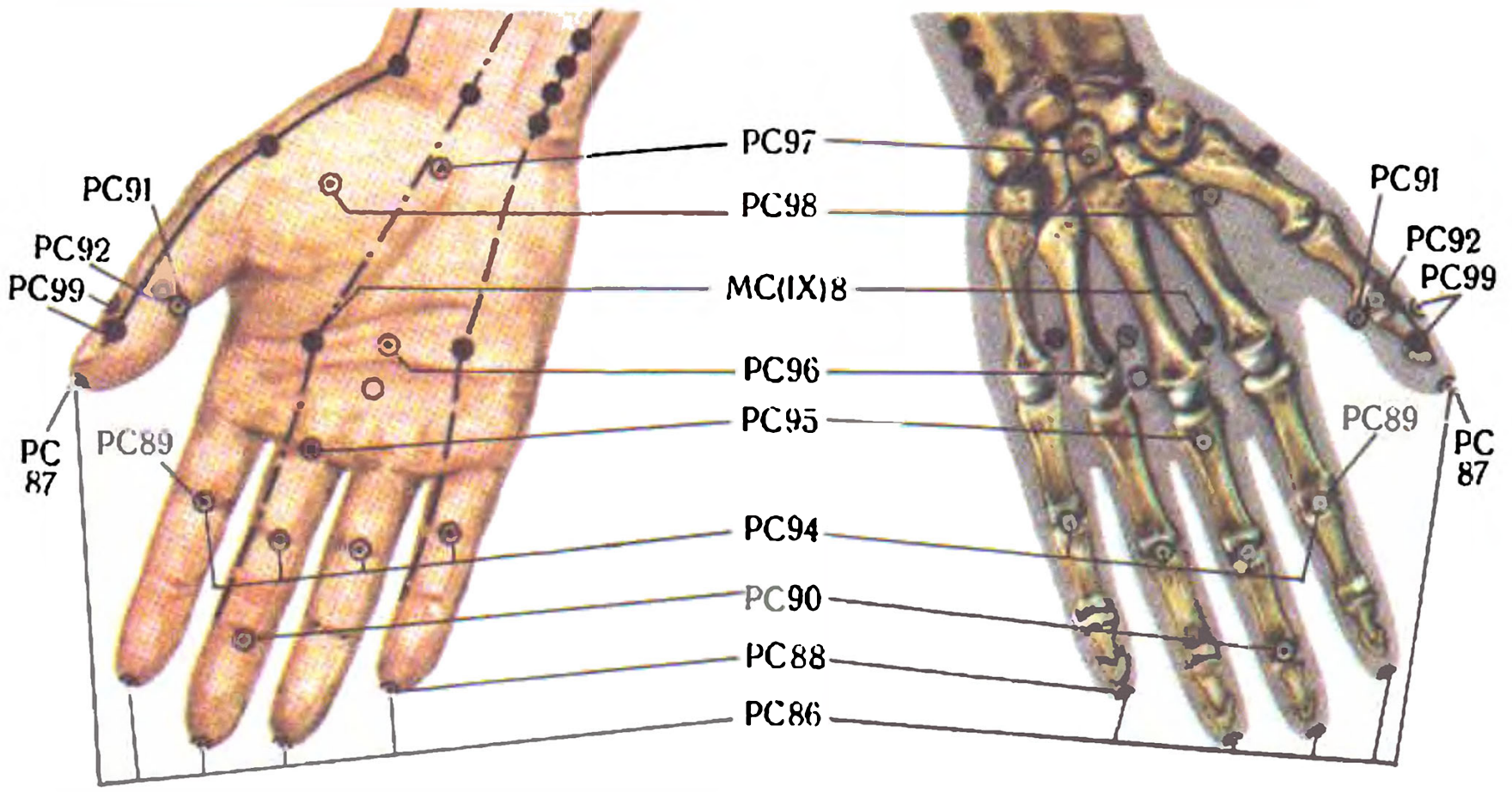


Рис. 170. Проекции точек акупунктуры РС86—РС92, РС94—РС99 в области кисти.

Техника: поверхностное иглоукалывание, глубина 2—3 мм.

Показания: диспепсия у детей, коклюш.

РС95 (шоу-чжун-пин)

Топография: на ладонной поверхности III пальца, в центре пястно-фаланговой складки (см. рис. 170).

Техника: укол прямой, глубина 3 мм.

Показания: стоматит.

РС96 (пан-лао-гун)

Топография: на ладони, на 0,5 цуня кнутри (в локтевую сторону) от точки MC(IX)8 (лао-гун), между III и IV пястными костями (см. рис. 170).

Техника: укол прямой, глубина 5 мм.

Показания: тонзиллит.

РС97 (нэй-ян-чи)

Топография: на ладони, на 1 цунь ниже середины поперечной кожной складки лучезапястного сустава (см. рис. 170).

Техника: укол прямой, глубина 5 мм.

Показания: заболевания полости рта, боль в горле, судороги у детей.

РС98 (бань-мэнь)

Топография: на ладони, на 1 цунь кнутри (в локтевую сторону) от точки P(I)10 (юй-цзи) (см. рис. 170).

Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.

Показания: заболевания глотки и гортани, зубная боль.

РС99 (сань-шан)

Топография: три точки на дистальной фаланге I пальца, первая из которых (лао-шан) расположена на внутреннем (локтевом) крае (примерно на 0,3 см от корня ногтя), вторая (чжун-шан) — в центре тыльной поверхности дистальной фаланги (на 0,3 см от ногтя), третья — совпадает с точкой P(I)11 (шао-шан) (см. рис. 170, 171).

Техника: поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).

Показания: боль в горле, заболевания полости рта, паротит, лихорадка.

РС100 (да-гу-кун)

Топография: на тыльной поверхности I пальца, в центре кожной складки межфалангового сустава (см. рис. 171).

Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—7 мин.

Показания: заболевания глаз.

РС101 (чжун-куй)

Топография: на тыльной поверхности III пальца, в центре кожной складки дистального межфалангового сустава (см. рис. 171).

Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—7 мин.

Показания: зубная боль, отрыжка, анорексия, гастралгия, витилиго.

РС102 (сяо-гу-кун)

Топография: на тыльной поверхности V пальца, в центре кожной складки дистального межфалангового сустава (см. рис. 171).

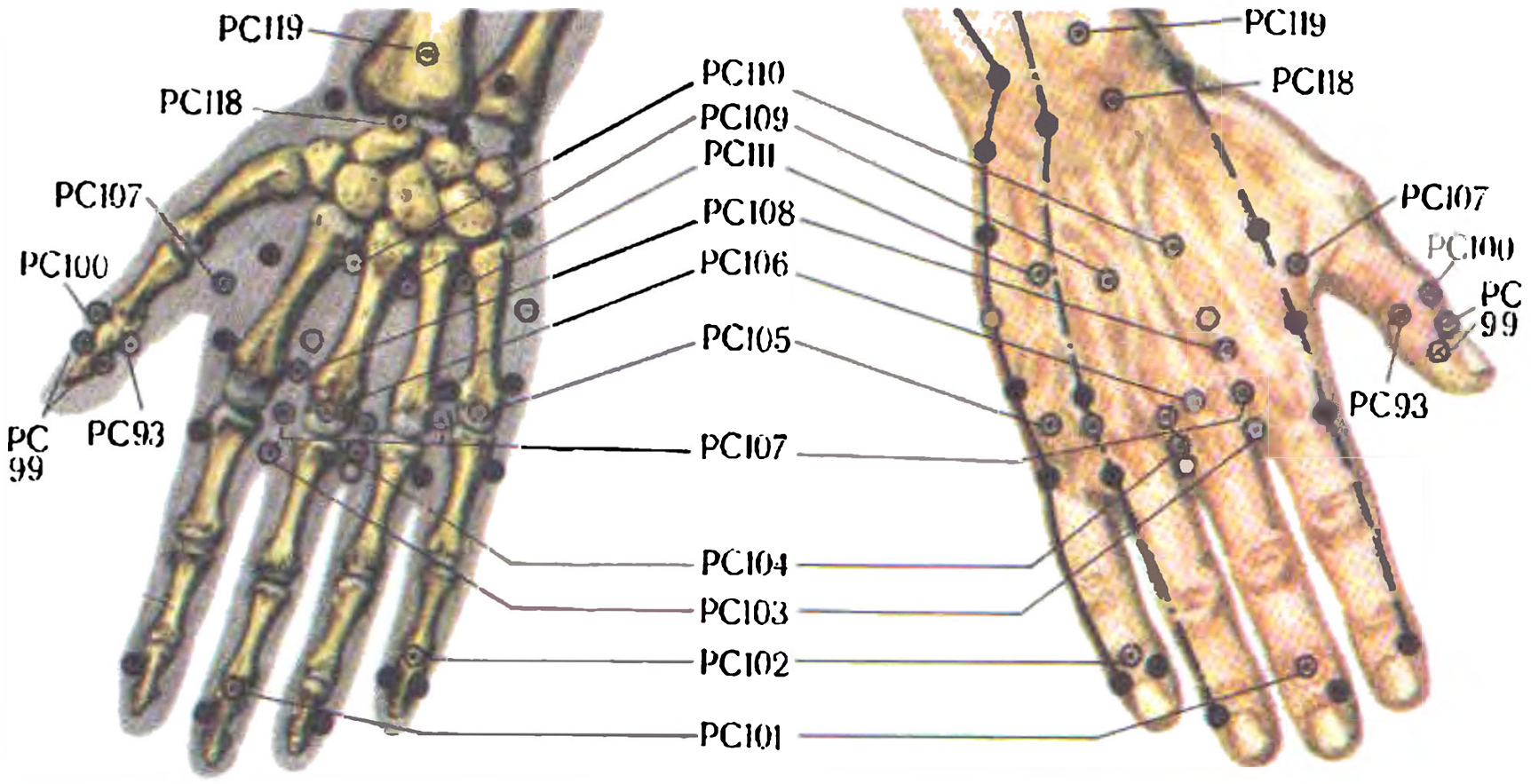


Рис. 171. Проекции точек акупунктуры PC93, PC99—PC111, PC118, PC119 в области кисти.

Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—7 мин.

Показания: заболевания глаз, снижение слуха, боль в суставах пальцев рук.

PC103 (и-шань-мэнь)

Топография: на тыле кисти, между II и III пальцами, в области межпальцевой перепонки, на границе «белой и красной кожи» (см. рис. 171).

Техника: укол наклонный, глубина 5 мм.

Показания: заболевания глаз, экзема, сопровождающаяся зудом, лихорадка.

PC104 (эр-шань-мэнь)

Топография: на тыле кисти, между основаниями проксимальных фаланг III и IV пальцев (см. рис. 171).

Техника: укол наклонный, глубина 5 мм.

Показания: те же, что и для воздействия на точку PC103 (и-шань-мэнь).

PC105 (сяо-чжи-цзе)

Топография: на тыле кисти, соответствует головке V пястной кости (см. рис. 171).

Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—7 мин.

Показания: хронические заболевания желудка.

PC106 (цюань-цзянь)

Топография: на тыле кисти, соответствует головке III пястной кости (см. рис. 171).

Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 5—7 мин.

Показания: заболевания глаз.

PC107 (ба-се)

Топография: 8 точек (по 4 на каждой руке) на тыле кисти, между головками пястных костей (см. рис. 171).

Техника: укол наклонный (глубина 5—10 мм) или поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).

Показания: заболевания пястно-фаланговых суставов, отечность тыла кисти, онемение и боль в пальцах рук, головная, зубная боль, укусы змей.

PC108 (ло-чжэнь, сян-цян)

Топография: на тыле кисти, между II и III пястными костями, на 0,5 цуня проксимальнее их головок (см. рис. 171).

Техника: укол прямой или наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: боль в области затылка и верхней конечности, гастралгия, боль в горле.

PC109 (вай-лао-гун)

Топография: на тыле кисти, между III и IV пястными костями, соответствует середине расстояния от головки III пястной кости до поперечной кожной складки запястья (см. рис. 171).

Техника: укол прямой, глубина 5 мм.

Показания: парестезии, парез верхней конечности, отечность тыла кисти, диспептические явления.

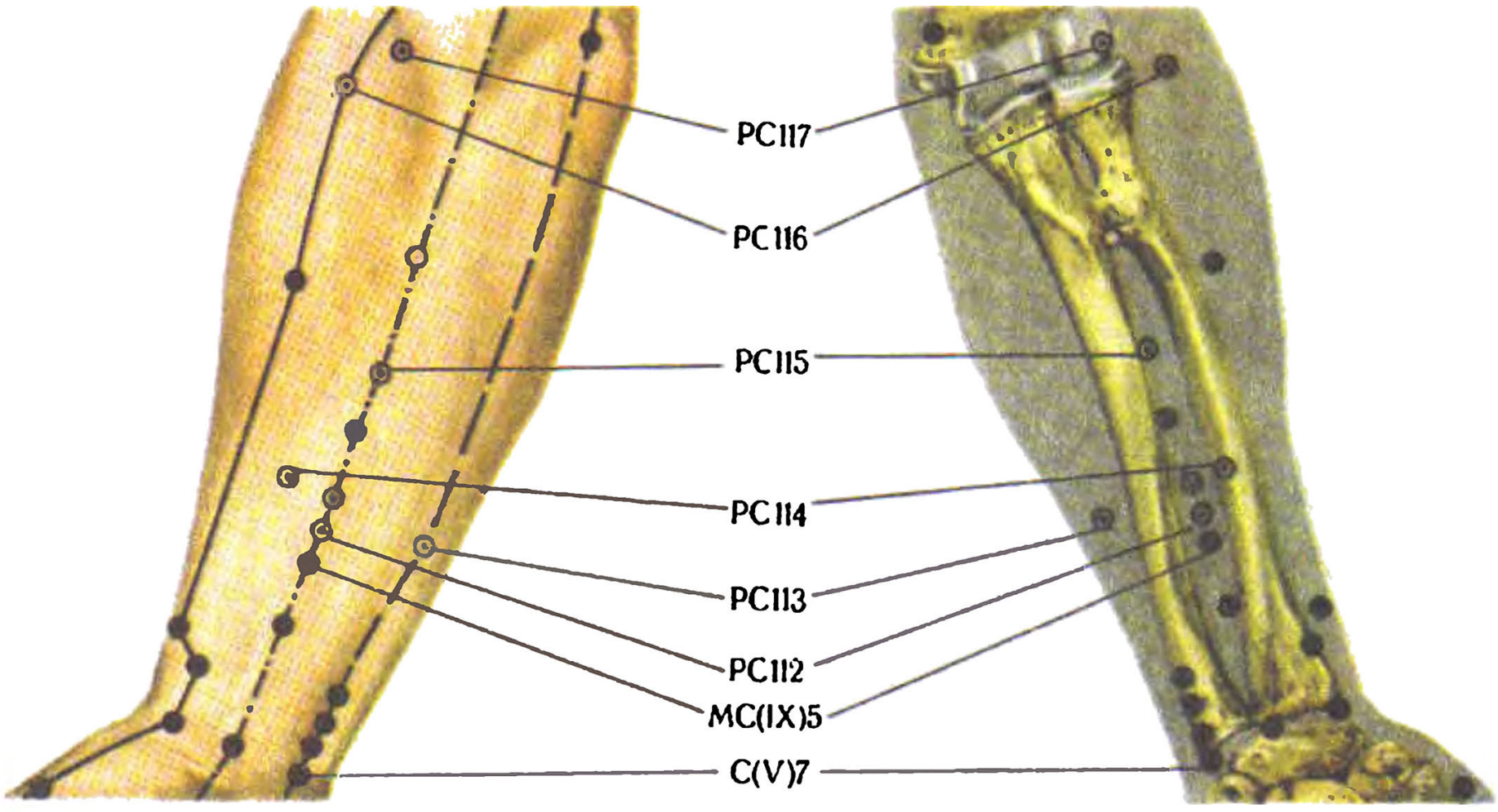


Рис. 172. Проекции точек акупунктуры PC112—PC117 в области предплечья.

PC110 (вэй-лин)

Топография: на тыле кисти, в углу, образованном соединением оснований II и III пястных костей (см. рис. 171).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: головная боль, головокружение, шум в ушах, мелькание в глазах, отечность тыла кисти, судороги у детей.

PC111 (цзин-лин)

Топография: на тыле кисти, в углу, образованном соединением оснований IV и V пястных костей (см. рис. 171).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PC110 (вэй-лин).

PC112 (шоу-цзинь-мэнь)

Топография: на передней поверхности предплечья, на 3,5 цуня выше середины лучезапястной складки, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, на 0,5 цуня проксимальнее точки MC(IX)5 (цзянь-ши) (рис. 172).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: скрофулодерма.

PC113 (дин-шу)

Топография: на передней поверхности предплечья, на 4 цуня выше точки C(V)7 (шэнь-мэнь) (см. рис. 172).

Техника: иглоукалывание противопоказано, продолжительность дистантной термопунктуры 5—15 мин.
Показания: карбункулы.

PC114 (эр-бай)

Топография: 2 точки на передней поверхности предплечья, на 4 цуня выше середины лучезапястного сустава; одна из них находится между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, другая — у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя запястья (см. рис. 172).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: геморрой, выпадение прямой кишки, боль в области предплечья.

PC115 (би-чжун, чжи-тань)

Топография: на передней поверхности предплечья, между локтевой и лучевой костями, на середине расстояния между точками MC(IX)3 (цюй-цзэ) и MC(IX)7 (да-лин) (середина предплечья) (см. рис. 172).
Техника: укол прямой, рекомендуется глубокое введение иглы, до наружной поверхности предплечья.
Показания: двигательные нарушения в области верхних конечностей, боль в области предплечья, истерия.

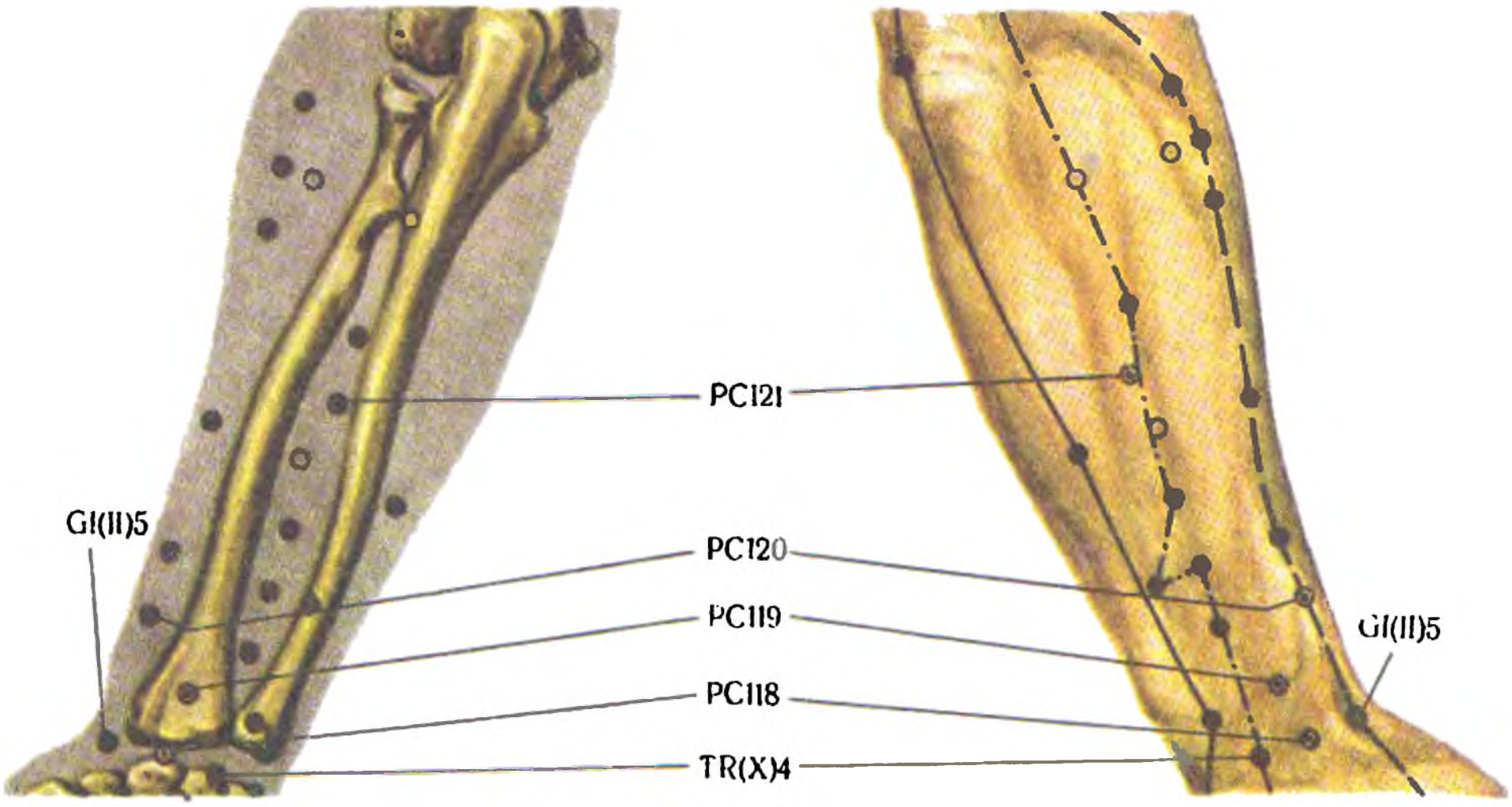


Рис. 173. Проекции точек акупунктуры PC118—PC121 в области предплечья.

PC116 (цзэ-ся)

Топография: на передней поверхности предплечья, на 2 цуня ниже точки P(I)5 (чи-цзэ) (см. рис. 172, 175).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: зубная боль, боль в области предплечья, фурункулы в области верхних конечностей, геморрой.

PC117 (цзэ-цянь)

Топография: на передней поверхности предплечья, на 1 цунь ниже и кнутри от точки P(I)5 (чи-цзэ) (на линии, проведенной через средний палец руки) (см. рис. 172, 175).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: двигательные нарушения в области верхних конечностей, боль в области предплечья, тиреотоксикоз.

PC118 (чжун-цюань)

Топография: на задней поверхности запястья, в углублении на середине расстояния между точками GI(II)5 (ян-си) и TR(X)4 (ян-чи) (см. рис. 171, 173).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: удушье, боль в грудной клетке, гастралгия, заболевания лучезапястного сустава, истерия, заболевания глаз.

PC119 (цунь-пин)

Топография: на задней поверхности предплечья, на 1 цунь проксимальнее и на 0,4 цуня кнаружи от середины поперечной кожной складки лучезапястного сустава или на 1 цунь выше точки PC118 (чжун-цюань) (см. рис. 171, 173).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: недостаточность сердца, неотложная помощь.

PC120 (ся-вэнь-лю)

Топография: на задней поверхности предплечья, на 2 цуня выше точки GI(II)5 (ян-си), на линии, соединяющей точки GI(II)5 (ян-си) и GI(II)11 (цюй-чи) (см. рис. 173).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: боль зубов нижней челюсти.

PC121 (чи-жао)

Топография: на задней поверхности предплечья, между лучевой и локтевой костями, на 6 цуней выше середины поперечной кожной складки лучезапястного сустава (см. рис. 173).
Техника: укол прямой, рекомендуется глубокое введение иглы (до передней поверхности предплечья).
Показания: психические нарушения.

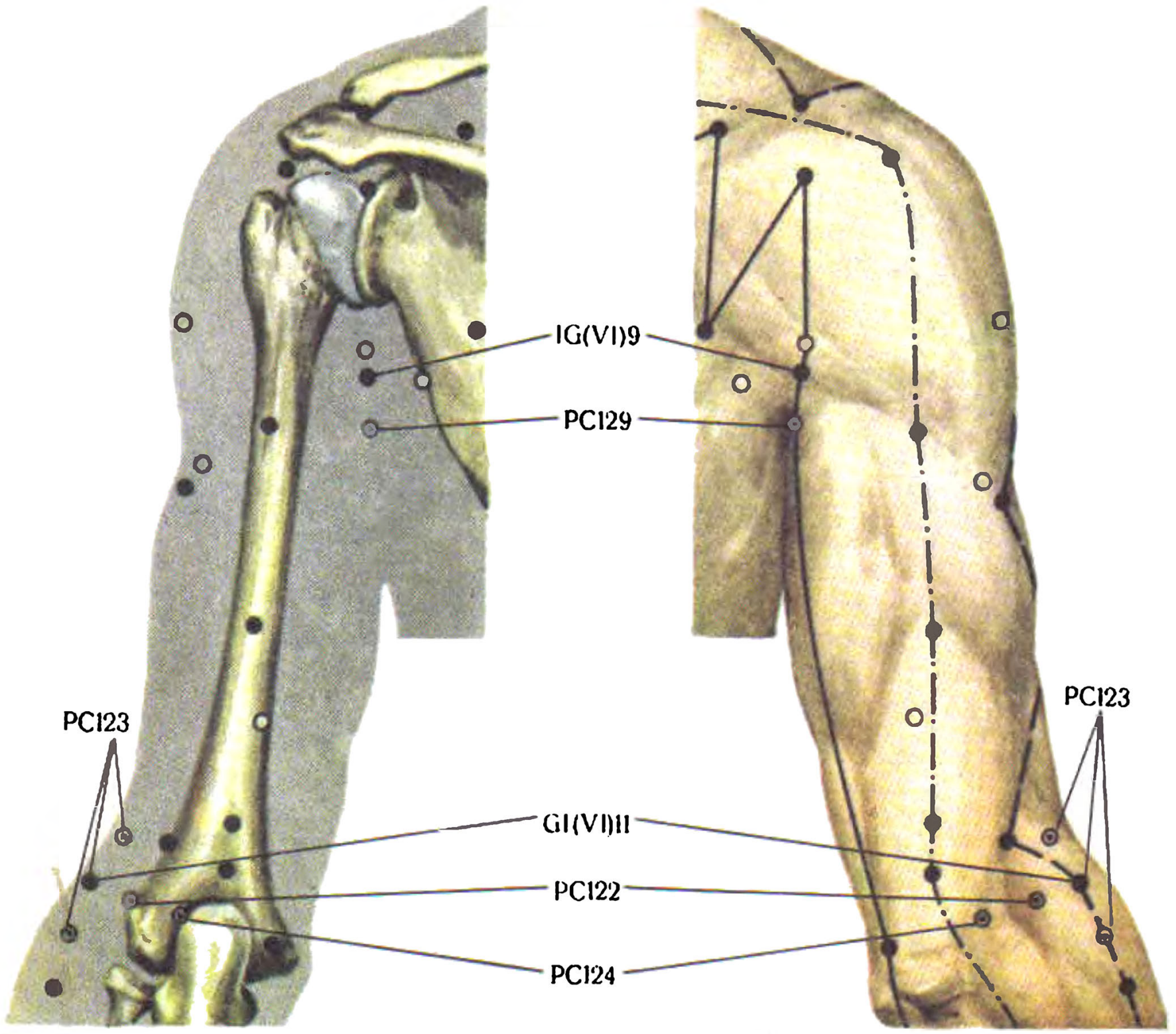


Рис. 174. Проекции точек акупунктуры PC122—PC124, PC129 в области плеча.

PC122 (цюй-ян-вэй)

Топография: в углублении кнаружи от наружного края кожной складки локтевого сгиба (несколько кнаружи от точки GI(II)11 (цюй-чи); при определении рука согнута в локтевом суставе (рис. 174).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: психические нарушения.

PC123 (сань-чи)

Топография: 3 точки, одна из которых совпадает с точкой GI(II)11 (цюй-чи), а две других находятся на 1 цунь выше и ниже от нее (см. рис. 174).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: боль в руке и локтевом суставе, двигательные нарушения в области верхних конечностей, хронический синусит.

PC124 (чжоу-шу)

Топография: на задней поверхности локтевого сустава, в углублении между локтевым отростком локтевой кости и латеральным надмыщелком плечевой кости; при определении рука согнута в локтевом суставе (см. рис. 174).
Техника: укол наклонный, глубина 5 мм.
Показания: боль в локтевом суставе.

PC125 (е-лин)

Топография: на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки; при определении рука опущена и прижата к туловищу (рис. 175).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: психические нарушения, боль в области верхней конечности.

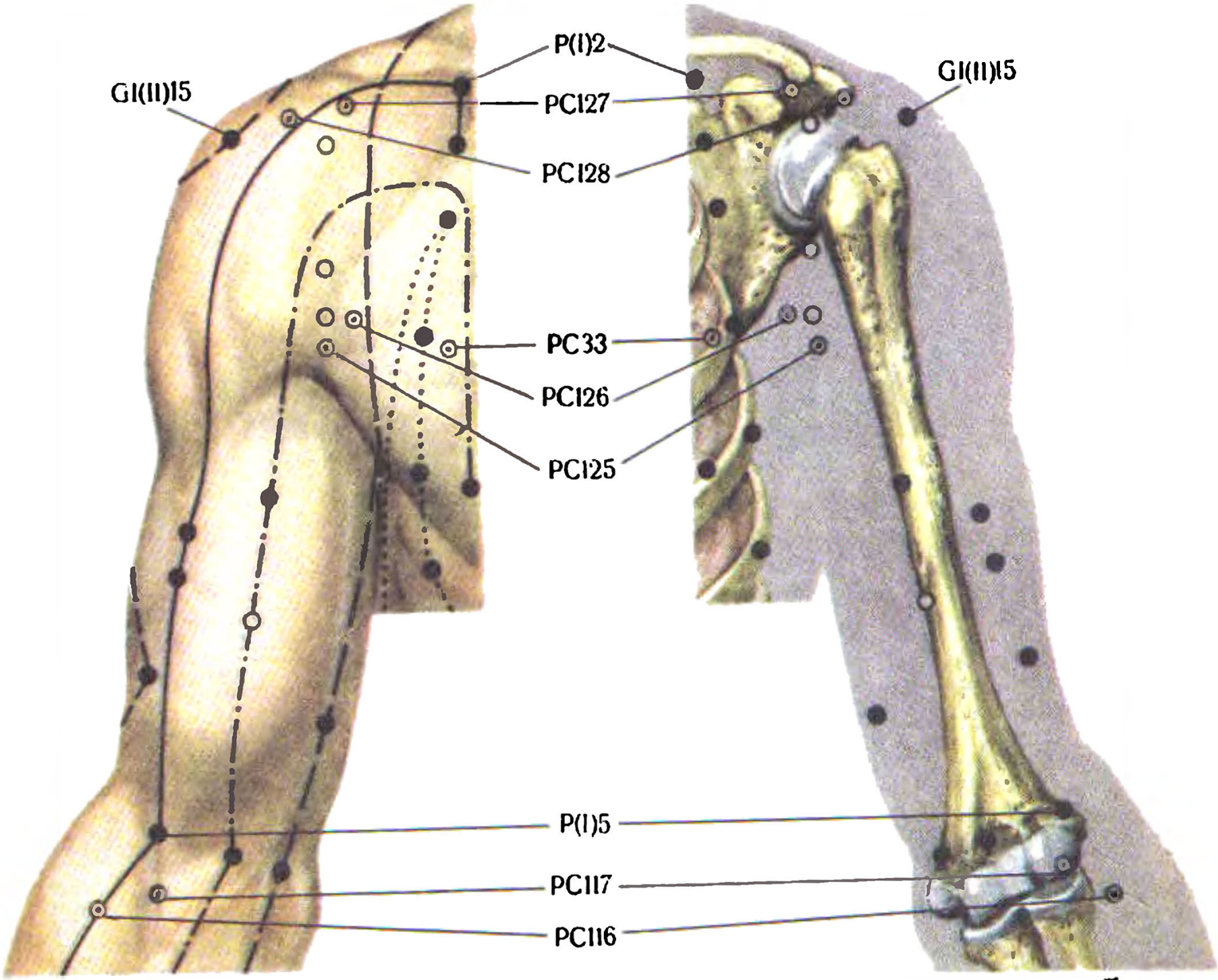


Рис. 175. Проекции точек акупунктуры PC116, PC117, PC125—PC128 в области плеча.

PC126 (тянь-лин)

Топография: на 1 цунь выше и на 0,5 цуня кнутри от переднего края подмышечной складки; при определении рука опущена (см. рис. 175).
Техника: укол наклонный, по направлению кнаружи, глубина 20—30 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PC125 (е-лин).

PC127 (цзянь-шу)

Топография: на передней поверхности плечевого сустава, на середине расстояния между точками P(I)2 (юнь-мэнь) и GI(II)15 (цзянь-юй) (см. рис. 175).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания плечевого сустава, боль в области верхней конечности.

PC128 (юй-цянь)

Топография: в углублении на середине расстояния между точками GI(II)15 (цзянь-юй) и PC127 (цзянь-шу) (см. рис. 175).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: боль в области верхней конечности, ограничение движений ее кверху.

PC129 (хоу-е)

Топография: на заднем крае подмышечной складки (см. рис 174).
Техника: укол прямой, глубина 5-10 мм.
Показания: ограничение движений руки кверху, тонзиллит, шейный лимфаденит.

Нижняя конечность

PC130 (ли-нэй-тин)

Топография: на подошве стопы, в углублении между II и III плюснефаланговыми суставами (рис. 176).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: боль в области пальцев стоп, эпилепсия, судороги у детей.

PC131 (му-чжи-ли-хэн-вэнь)

Топография: на подошве стопы, в центре плюснефалангового кожной складки I пальца (см. рис. 176).
Техника: укол прямой, глубина 3 мм.
Показания: орхит.

PC132 (цянь-хоу-инь-чжу)

Топография: 2 точки на подошве стопы, на 0,5 цуня кпереди и кзади от точки R(VIII)1 (юн-цюань) (см. рис. 176).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: дерматоз стопы, судороги мышц ноги, боль в области подошвы стопы, сердцебиение, артериальная гипертензия, судороги у детей.

PC133 (цзу-синь)

Топография: на подошве стопы, на 1 цунь кзади от точки R(VIII)1 (юн-цюань) (см. рис. 176).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: метроррагия, головная боль, судороги мышц голени.

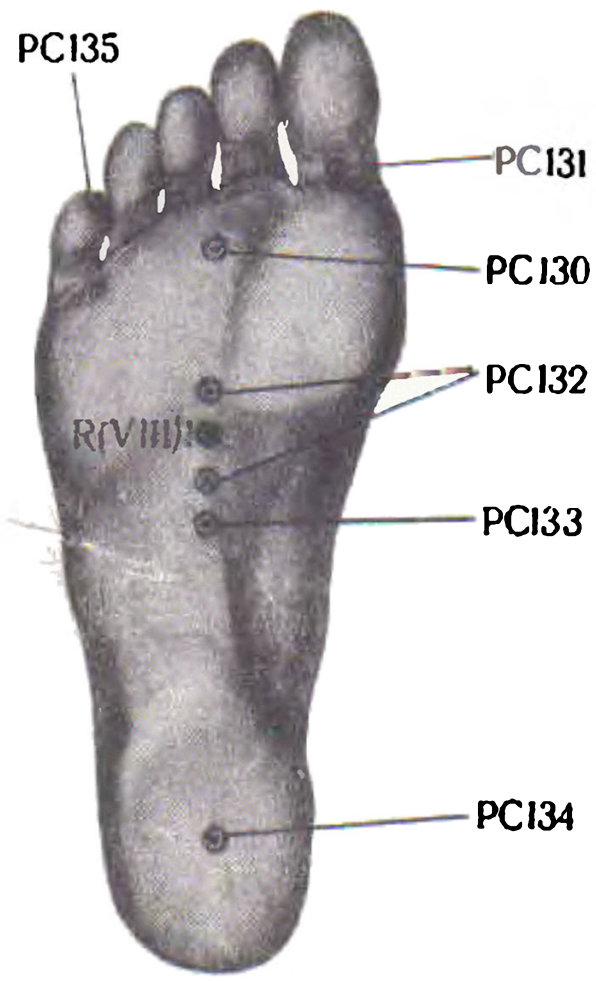


Рис. 176. Локализация точек акупунктуры PC130—PC135 в области подошвенной поверхности стопы.

PC134 (ши-мянь)

Топография: в центре подошвенной поверхности пятки (рис. 176).
Техника: укол прямой, глубина 3 мм.
Показания: нарушение сна, боль в области подошвы стопы.

PC135 (сяо-чжи-цзянь)

Топография: на кончике V пальца стопы, примерно на 3 мм от ногтя (см. рис. 176, 180).
Техника: укол прямой, глубина 3 мм.
Показания: головная боль, головокружение, для усиления родовой деятельности.

PC136 (му-чжи-хэн-ли-сань-мао)

Топография: на тыльной поверхности дистальной фаланги I пальца стопы, несколько проксимальнее середины основания ногтя (рис. 177).
Техника: укол прямой, глубина 3 мм.
Показания: носовое кровотечение, гастралгия, орхит.

PC137 (ба-фэн)

Топография: система 8 точек (по 4 на каждой стопе), на тыле стопы, несколько кпереди от плюснефаланговых суставов, включая точки F(XII)2 (син-цзянь), E(III)44 (нэй-тин), VB(XI)43 (ся-си) (см. рис. 177).
Техника: укол наклонный (глубина 5—10 мм) или поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).
Показания: головная, зубная боль, заболевания суставов пальцев ног, отечность тыла стопы, дисменорея, бронхиальная астма, укусы змей.

PC138 (нюй-ци)

Топография: в центре задней поверхности пятки, у места прикрепления пяточного (ахиллова) сухожилия (рис. 178).
Техника: укол прямой, глубина 3 мм.
Показания: заболевания полости рта.

PC139 (цюань-шэн-цзу)

Топография: на задней поверхности ахиллова сухожилия, на середине верхнего края пяточной кости (см. рис. 178).
Техника: укол прямой, глубина 3 мм.
Показания: боль в поясничной области, тошнота, изжога, для усиления родовой деятельности.

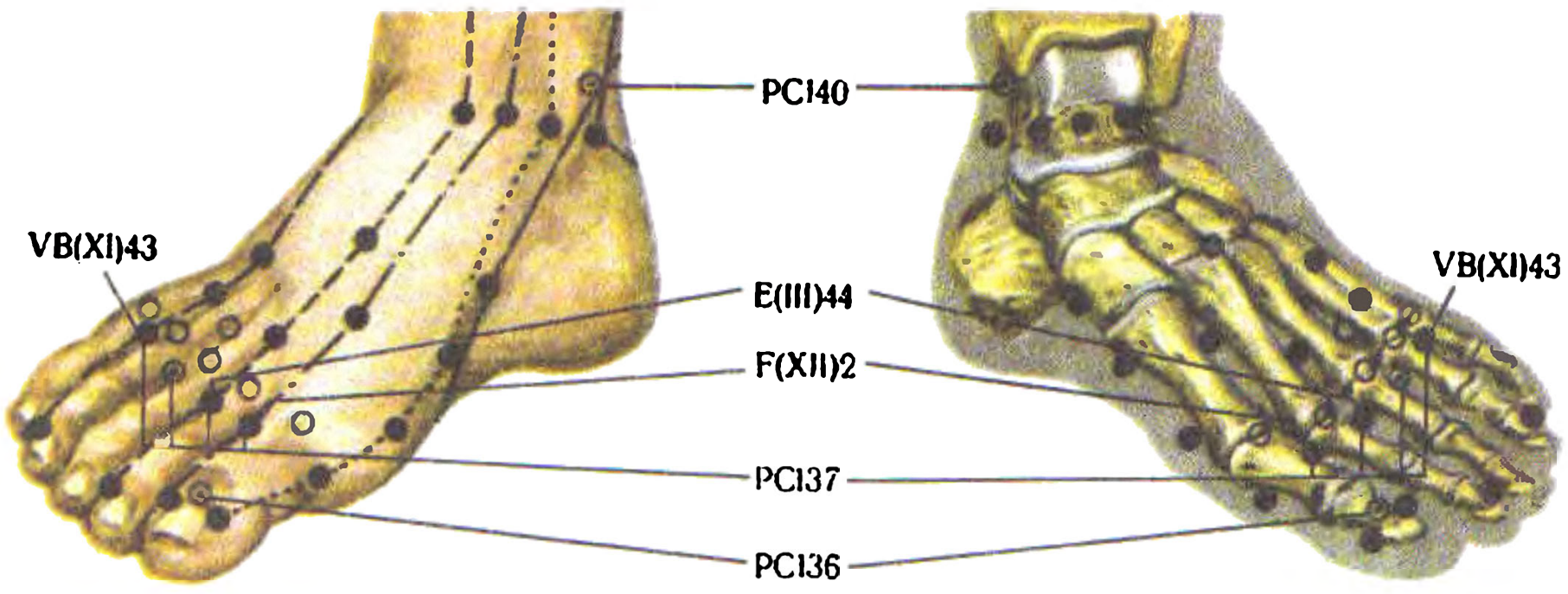


Рис. 177. Проекции точек акупунктуры PC136, PC137, PC140 в области стопы.

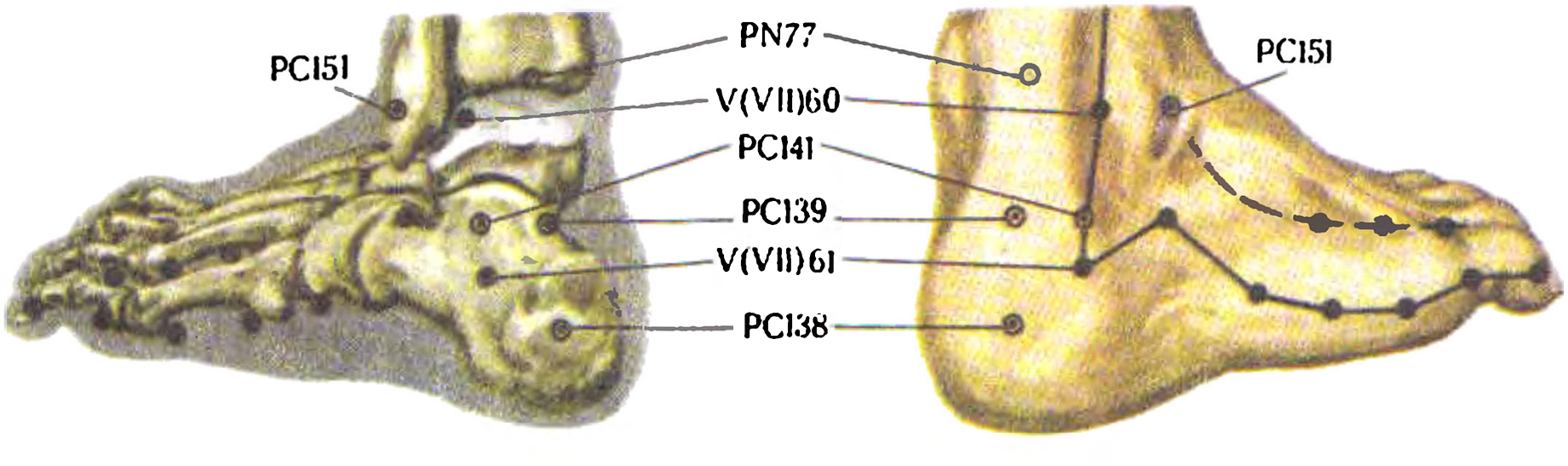


Рис. 178. Проекции точек акупунктуры PC138, PC139, PC141, PC151 в области стопы.

PC140 (тай-инь-цяо)

Топография: в углублении непосредственно под медиальной лодыжкой (см. рис. 177, 179, 181).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: гинекологические заболевания, боль в нижней части живота, заболевания глаз, зубная боль.

PC141 (ся-кунь-лунь)

Топография: на 1 цунь ниже точки V(VII)60 (кунь-лунь) (см. рис. 178, 180).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: люмбалгия, боль в области нижней конечности, гемиплегия.

PC142 (лань-вэй)

Топография: на 2 цуня ниже точки E(III)36 (цзу-сань-ли) (см. рис. 179, 180).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: острый и хронический аппендицит, двигательные нарушения в области нижних конечностей.

PC143 (цзу-чжун-пин)

Топография: на 1 цунь ниже точки E(III)36 (цзу-сань-ли) (см. рис. 179, 180).
Техника: укол прямой, глубина 30—40 мм.
Показания: психические нарушения.

PC144 (ци-ся)

Топография: на связке надколенника у середины нижнего его края (см. рис. 179, 182).
Техника: иглоукалывание противопоказано, продолжительность дистантной термопунктуры 5—10 мин.
Показания: боль в области большеберцовой кости, судороги мышц голени.

PC145 (ци-янь)

Топография: 2 точки по обе стороны связки надколенника, на уровне его нижнего края, одна из них совпадает с точкой E(III)35 (ду-би) (см. рис. 179, 181—183).
Техника: укол наклонный (глубина 10 мм) или почти горизонтальный от одной точки к другой.
Показания: заболевания коленного сустава.

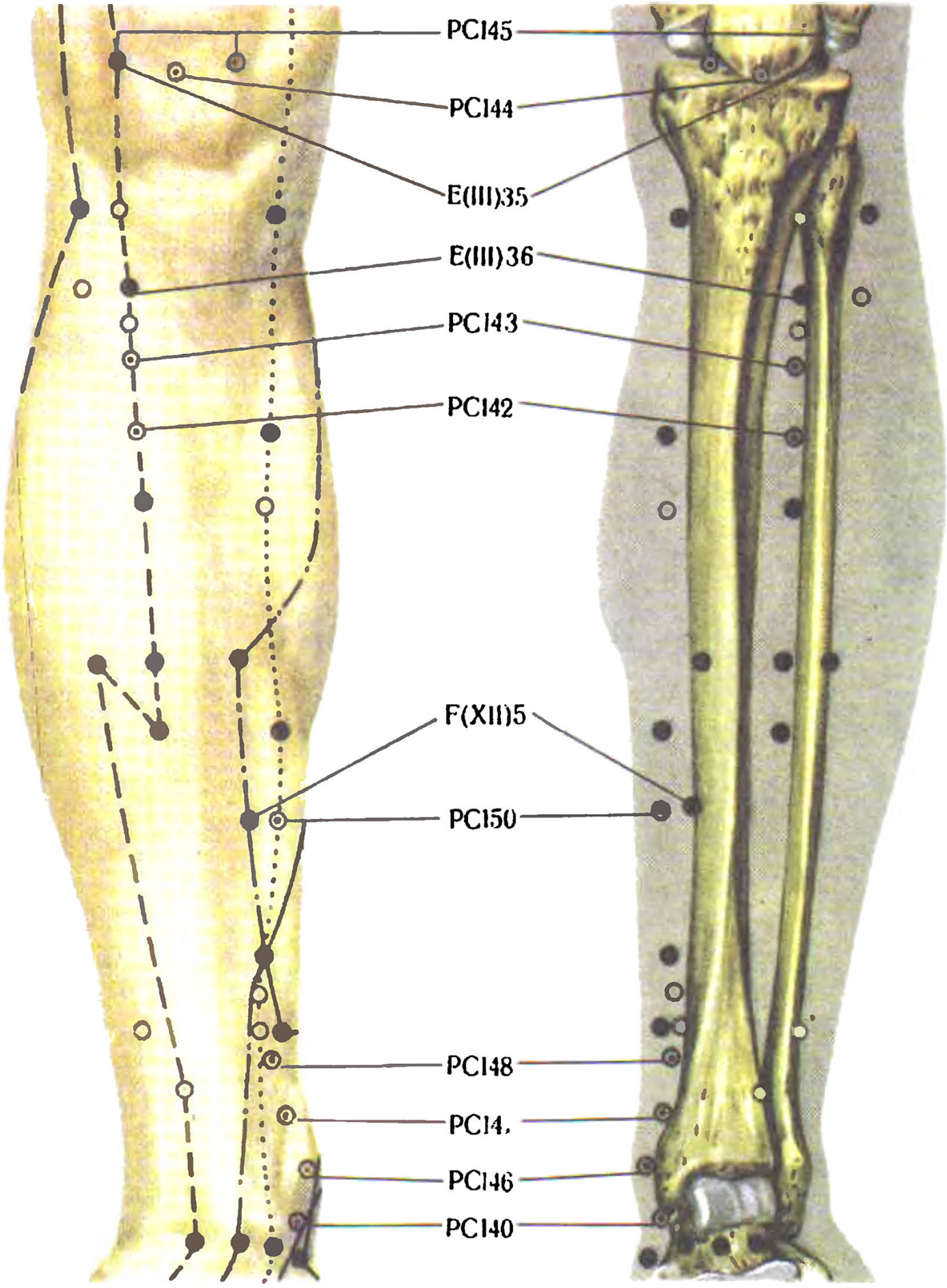


Рис. 179. Проекции точек акупунктуры PC140, PC142—PC148, PC150 в области голени.

[illegible]6 (нэй-хуай-цзянь)

Топография: на наиболее выступающей части медиальной лодыжки (см. рис. 179, 181).

Техника: иглоукалывание противопоказано; продолжительность дистантной термопунктуры 1—3 мин.

Показания: зубная боль, тонзиллит, судороги мышц внутренней поверхности нижних конечностей.

PC147 (чжи-чжуань-цзинь)

Топография: на середине верхнего края медиальной лодыжки (см. рис. 179, 181).

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: экзема в области голени, парез нижних конечностей.

PC148 (шао-ян-вэй)

Топография: на 0,75 цуня выше верхнего края медиальной лодыжки (см. рис. 179, 181).

Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.

Показания: экзема в области голени, парез нижних конечностей.

PC149 (чэн-мин)

Топография: на 3 цуня выше точки R(VIII)3 (тай-си) (см. рис. 181).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: отечность ног, эпилепсия, психические нарушения.

PC150 (цзяо-и)

Топография: на 5 цуней выше центра медиальной лодыжки (точки PC146 (нэй-хуай-цзянь) (см. рис. 179, 181).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: гинекологические и урологические заболевания.

PC151 (вай-хуай-цзянь)

Топография: на наиболее выступающей части латеральной лодыжки (см. рис. 178, 180).
Техника: поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).
Показания: зубная боль, тонзиллит, контрактура пальцев стоп, уретрит

PC152 (дань-нан-дянь)

Топография: на 0,6 цуня ниже точки VB(XI)34 (ян-лин-цюань) (см. рис. 180).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: заболевания желчевыводящих путей.

PC153 (лин-хоу)

Топография: в углублении книзу и кзади от головки малоберцовой кости, напротив точки VB(XI)34 (ян-лин-цюань) (см. рис. 180).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: двигательные нарушения в области нижних конечностей, заболевания коленного сустава.

PC154 (лин-хоу-ся)

Топография: на 0,5 цуня ниже точки PC153 (лин-хоу) (см рис. 180).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: ишиалгия, заболевания коленного сустава.

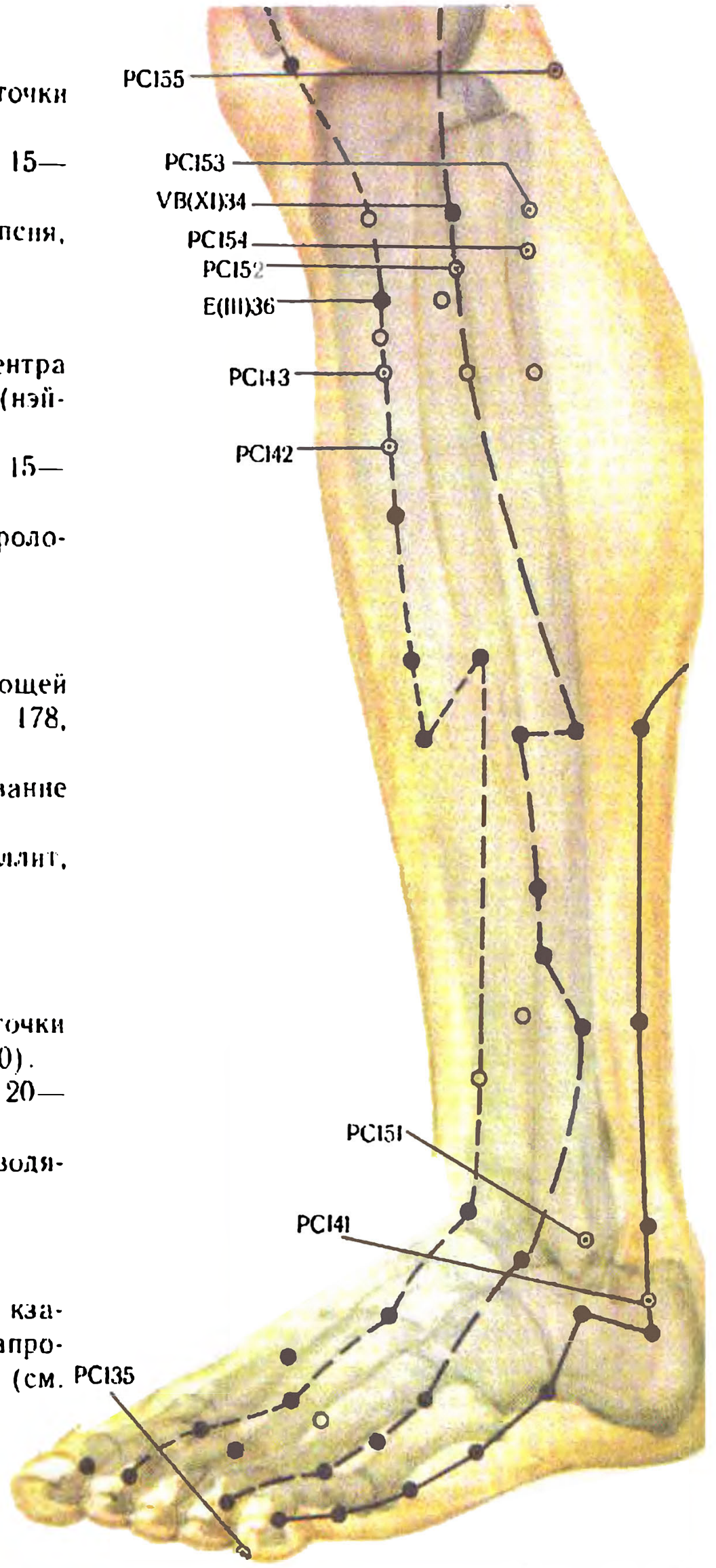


Рис. 180. Проекции точек акупунктуры PC135, PC141—PC143, PC151—PC155 в области голени и стопы.

PC155 (ци-вай)

Топография: у латерального края подколенной складки, кнаружи от точки V(VII)39 (вэй-ян) (см. рис. 180, 184).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: боль в коленном суставе, трофические нарушения в области голени.

PC156 (хэ-дин)

Топография: над серединой верхнего края надколенника, в углублении (при определении нога согнута в коленном суставе) (рис. 182).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: боль в коленном суставе, двигательные нарушения в области нижних конечностей.

PC157 (куань-гу)

Топография: 2 точки, на 1,5 цуня кнаружи и кнутри от точки E(III)34 (лян-цю) (см. рис. 182, 184).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания коленного сустава, боль в ноге.

PC158 (шэнь-си)

Топография: на 1 цунь ниже точки E(III)32 (фу-ту) (см. рис. 182, 184).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: сахарный диабет.

PC159 (гуань-ту)

Топография: на передней поверхности бедра, на середине расстояния между точками E(III)31 (би-гуань) и E(III)32 (фу-ту) (см. рис. 182, 184).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: боль в бедре, заболевания органов системы пищеварения.

PC160 (ляо-ляо)

Топография: кнутри от надколенника, на наиболее выступающей части медиального надмыщелка бедренной кости (см. рис. 182, 183).
Техника: укол наклонный, глубина 10—15 мм.
Показания: гинекологические заболевания, экзема в области внутренней поверхности ноги.

PC161 (да-лунь)

Топография: на внутренней поверхности бедра, на 1 цунь выше точки PC160 (ляо-ляо) (см. рис. 182, 183).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: заболевания коленного сустава.

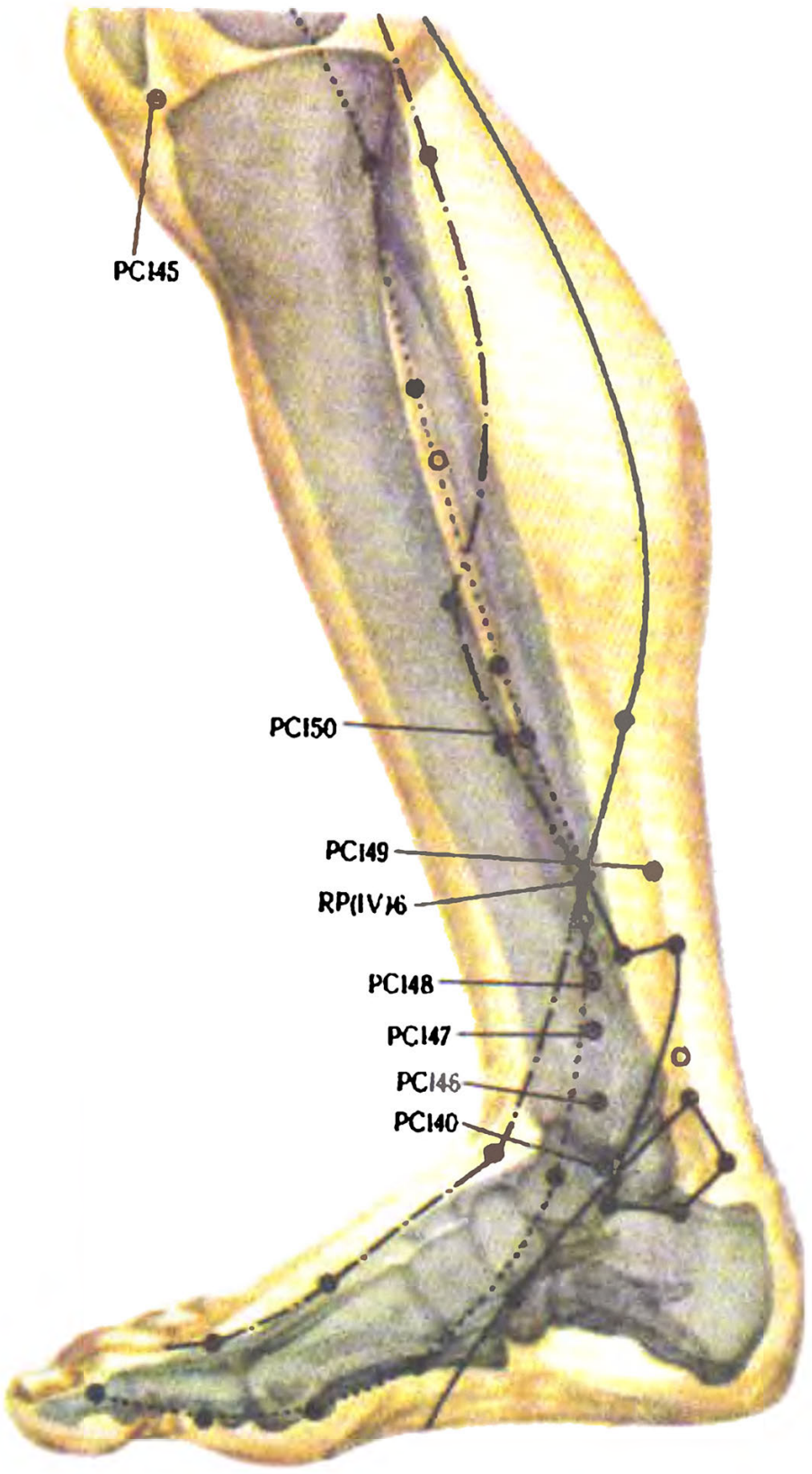


Рис. 181. Проекции точек акупунктуры PC140, PC145—PC150 в области голени и стопы.

PC162 (цзу-мин)

Топография: на внутренней поверхности бедра, на 2 цуня выше точки PC161 (да-лунь) (см. рис. 182, 183).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм
Показания: заболевания коленного сустава.

PC163 (бай-чун-во)

Топография: на 1 цунь выше точки RP(IV)10 (сюе-хай) (см. рис. 182, 183)
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: крапивница, экзема.

PC164 (цзу-ло)

Топография: на внутренней поверхности бедра, на 3 цуня выше точки PC161 (да-лунь) (см. рис. 182, 183).

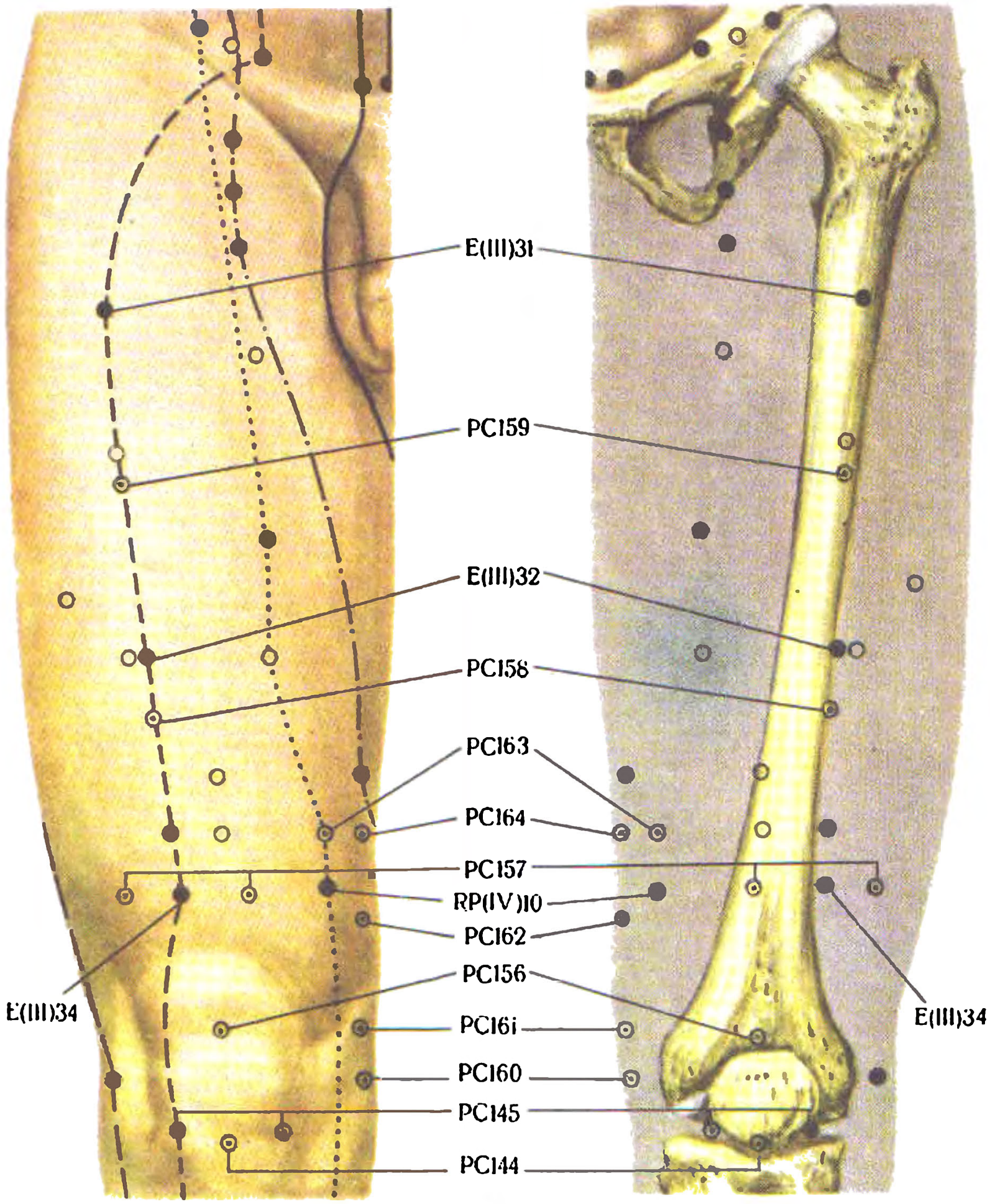


Рис. 182. Проекции точек акупунктуры PC144—PC145, PC156—PC164 в области бедра.

Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.

Показания: гинекологические заболевания, контрактура в области нижних конечностей, заболевания коленного сустава.

PC165 (чэн-гу)

Топография: кнаружи от надколенника, на наиболее выступающей части латерального надмыщелка бедренной кости (рис. 184).

Техника: поверхностное иглоукалывание (до небольшого кровотечения).

Показания: боль в пояснично-крестцовой области, заболевания коленного сустава.

PC166 (инь-вэй 1)

Топография: на 1 цунь выше латерального края подколенной складки (см. рис. 184).

Техника: укол прямой, глубина 30—40 мм.

Показания: психические нарушения, истерические параличи.

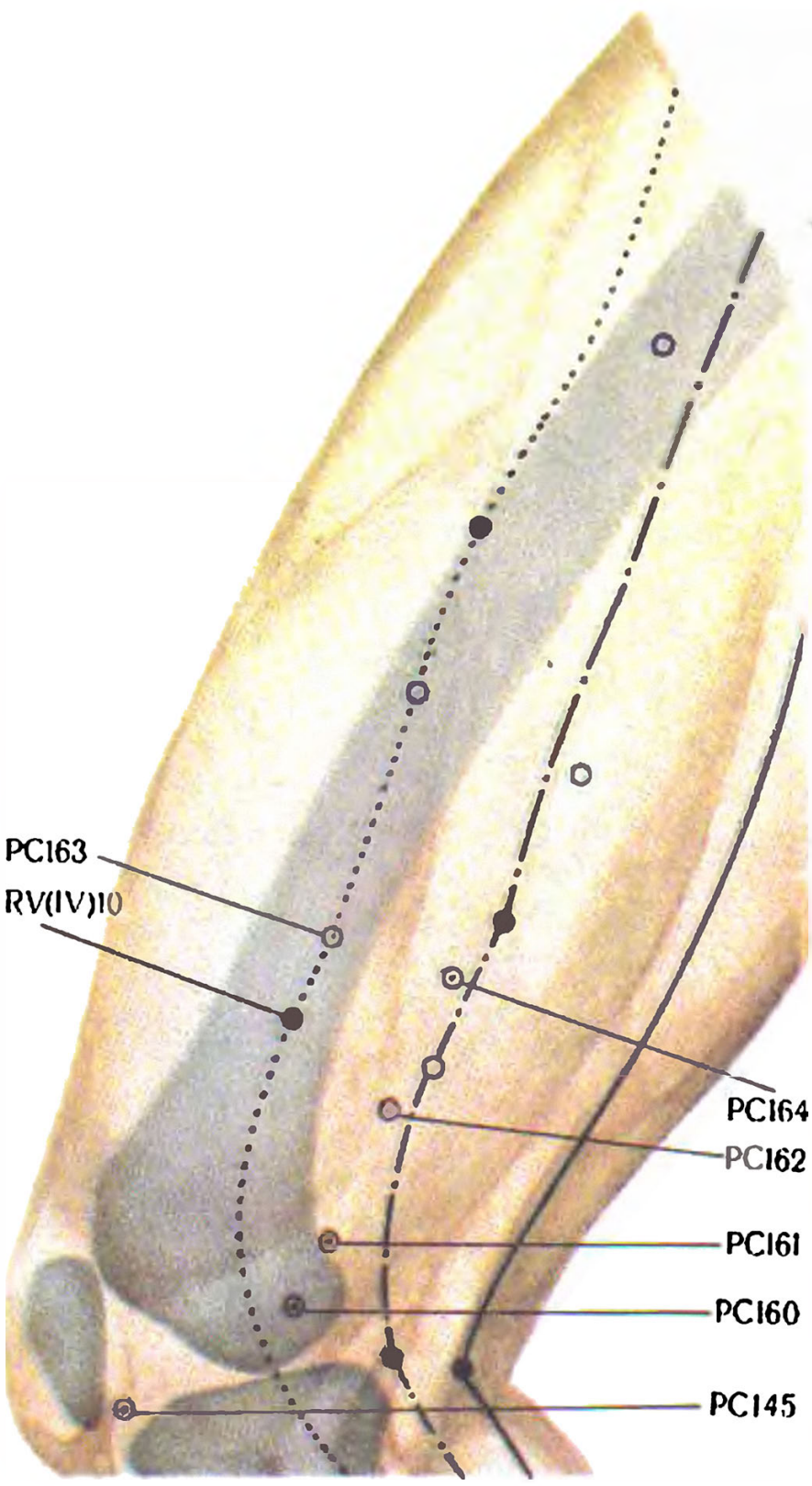


Рис. 183. Проекции точек акупунктуры PC145. PC160—PC164 в области бедра.

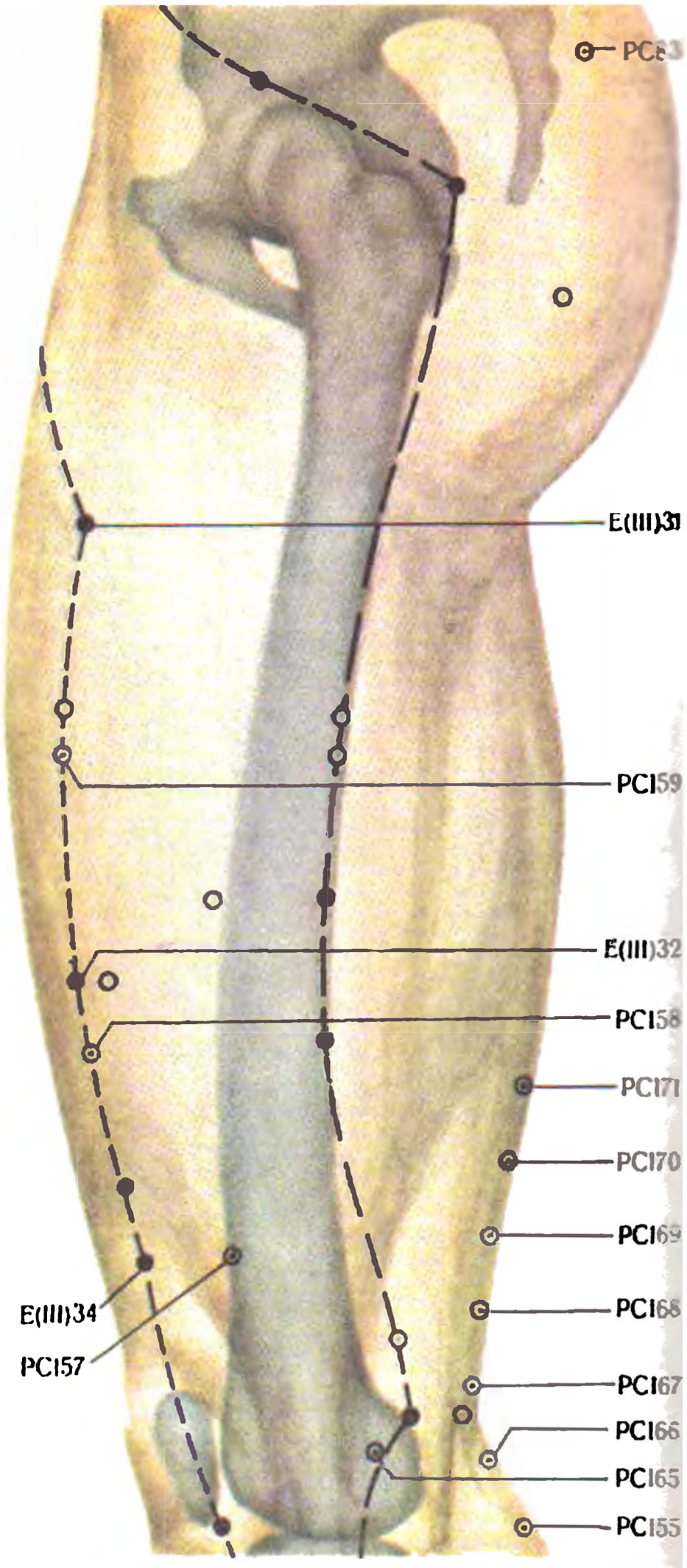


Рис. 184. Проекции точек акупунктуры PC155, PC157—PC159, PC165—PC171 в области бедра.

PC167 (инь-вэй 2)

Топография: на 2 цуня выше латерального края подколенной складки (см. рис. 184).

Техника: укол прямой, глубина 30—40 мм.

Показания: те же, что для воздействия на точку PC166 (инь-вэй 1).

PC168 (инь-вэй 3)

Топография: на 3 цуня выше латерального края подколенной складки (см. рис. 184).

Техника: укол прямой, глубина 30—40 мм.

Показания: те же, что для воздействия на точку PC166 (инь-вэй 1).

PC169 (сы-лянь)

Топография: на 4 цуня выше латерального края подколенной складки (см. рис. 184).

Техника: укол прямой, глубина 30—40 мм.

Показания: психические нарушения.

PC170 (у-лин)

Топография: на 5 цуней выше латерального края подколенной складки (см. рис. 184).
Техника: укол прямой, глубина 30—40 мм.
Показания: психические нарушения.

PC171 (лин-бао)

Топография: на 6 цуней выше латерального края подколенной складки (см. рис. 184).
Техника: укол прямой, глубина 30—40 мм.
Показания: психические нарушения.

«НОВЫЕ» ТОЧКИ

Голова, шея

PN1 (шан-цин-мин)

Топография: примерно на 0,5 см выше точки V(VII)1 (цин-мин) (рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, вдоль стенки глазницы, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания глаз, слезотечение.

PN2 (ся-цин-мин)

Топография: примерно на 0,5 см ниже точки V(VII)1 (цин-мин) (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, вдоль стенки глазницы, глубина 5—10 мм.
Показания те же, что для воздействия на точку PN1 (шан-цин-мин).

PN3 (цзянь-мин)

Топография: примерно на 0,5 см книзу и кнаружи от точки PN2 (ся-цин-мин), на нижнем крае глазницы (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания глаз.

PN4 (цзянь-мин 1)

Топография: на нижнем крае глазницы, на середине расстояния между точками PN3 (цзянь-мин) и E(III)1 (чэн-ци) (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания глаз.

PN5 (цзянь-мин 2)

Топография: на нижнем крае глазницы, на середине расстояния между точками E(III)1 (чэн-ци) и PC8 (цю-хоу) (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания глаз.

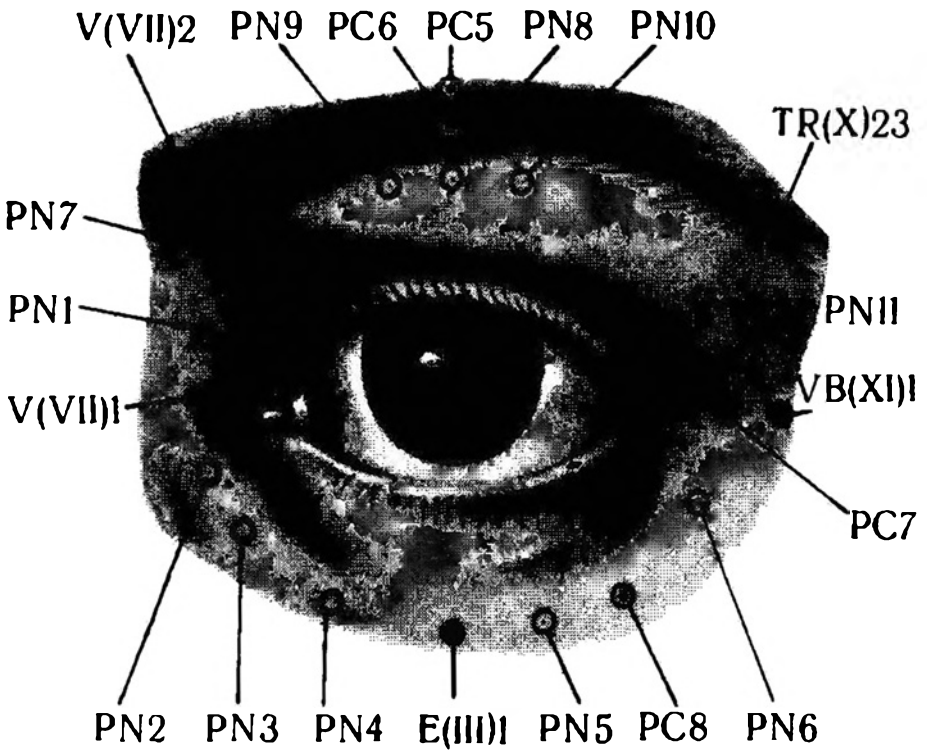


Рис. 185. Локализация точек акупунктуры PN1—PN11 в области глазницы.

PN6 (цзянь-мин 3)

Топография: примерно на 0,8 см выше и кнаружи от точки PC8 (цю-хоу), у края глазницы (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: косоглазие.

PN7 (цзянь-мин 4)

Топография: примерно на 0,8 см выше точки PN1 (шан-цин-мин), в углублении на верхневнутреннем крае глазницы (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, вдоль стенки глазницы, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания глаз.

PN8 (шан-мин)

Топография: на верхнем крае глазницы, ниже середины брови (точка PC6 (юй-яо) (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: аномалии рефракции.

PN9 (цзэн-мин 1)

Топография: на верхнем крае глазницы, примерно на 0,5 см кнутри от точки PN8 (шан-мин) (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: заболевания глаз.

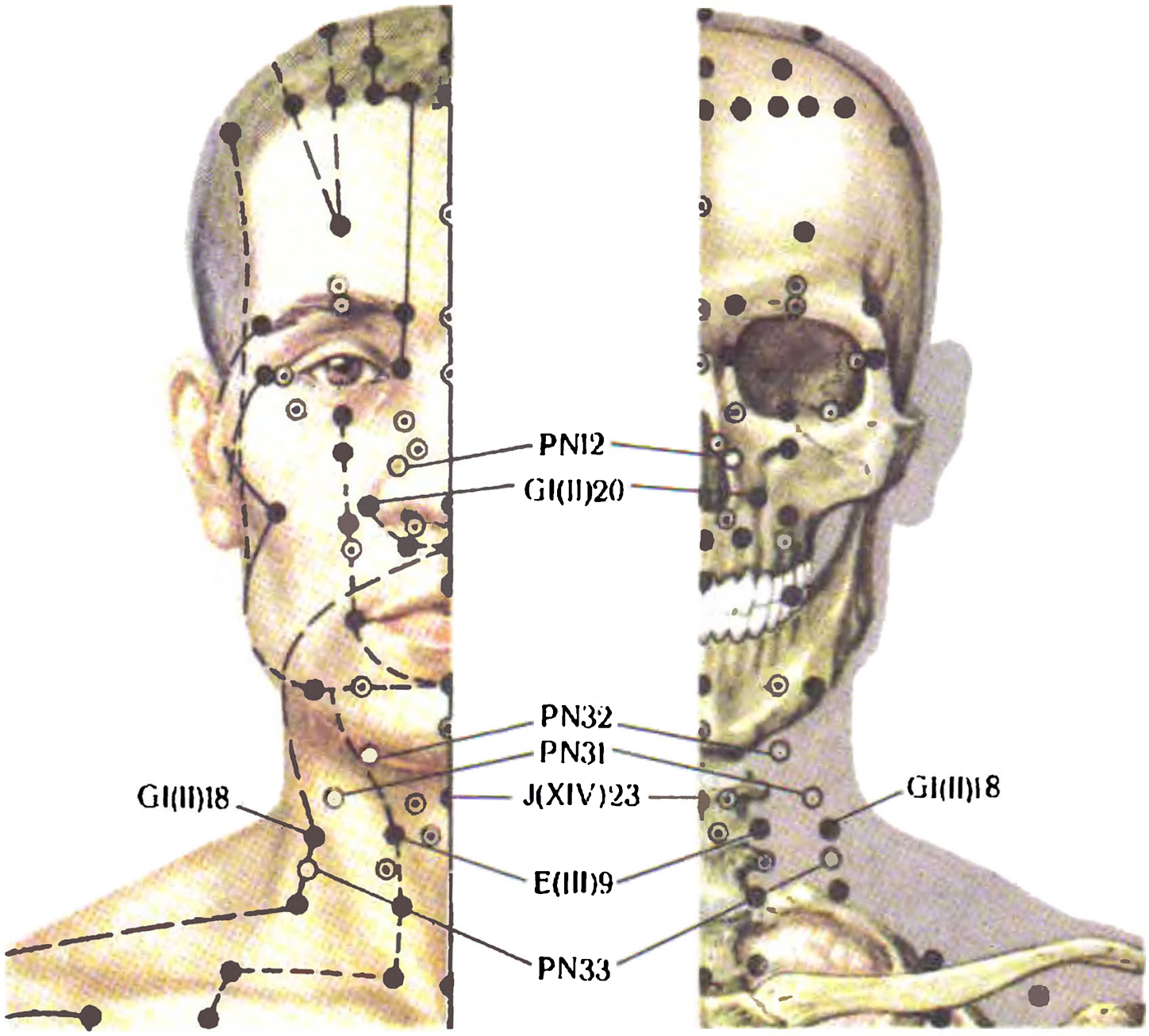


Рис. 186. Проекции точек акупунктуры PN12, PN31—PN33 в области головы и шеи

PN10 (цзэн-мин 2)

Топография: на верхнем крае глазницы, примерно на 0,5 см кнаружи от точки PN8 (цзан-мин) (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм.
Показания: аномалии рефракции.

PN11 (вай-мин)

Топография: примерно на 0,8 см выше латерального угла глаза, у верхненаружного края глазницы (см. рис. 185).
Техника: укол почти горизонтальный, глубина 5—10 мм
Показания: аномалии рефракции.

PN12 (би-тун)

Топография: на верхнем конце носогубной складки, в углублении у грушевидного отверстия (апертуры) полости носа (см. рис. 186, 188).
Техника: укол наклонный, по направлению кнутри и кверху (глубина 3—6 мм) или почти горизонтальный от точки GI(II)20 (ин-сян) до точки PN12 (би-тун).
Показания: заболевания носа и околоносовых пазух.

PN13 (тин-сюе)

Топография: на середине расстояния между точками IG(VI)19 (тин-гун) и VB(XI)2 (тин-хуэй) (рис 187).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм (рот слегка открыт).
Показания: глухонемота.

PN14 (тин-лин)

Топография: на середине расстояния между точками PN13 (тин-сюе) и VB(XI)2 (тин-хуэй) (см. рис. 187).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм (рот слегка открыт).
Показания: глухонемота, шум в ушах.

PN15 (тин-цун)

Топография: примерно на 0,5 см ниже точки VB(XI)2 (тин-хуэй) (см. рис. 187).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: глухонемота.

PN16 (тин-минь)

Топография: у нижнего края места прикрепления мочки уха (см. рис. 187).

Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: глухонемота.

PN17 (шан-эр-гэнь)

Топография: у верхнего края основания ушной раковины (см. рис. 162, 187).
Техника: укол наклонный, по направлению книзу, глубина 5 мм.
Показания: гемиплегия, артериальная гипертензия.

PN18 (хоу-тин-гун)

Топография: при загибании ушной раковины кпереди, в углублении на ее задней поверхности, под контурирующей хрящевой складкой, на горизонтальном уровне точки IG(VI)19 (тин-гун) (см. рис. 162).
Техника: укол наклонный, по направлению кпереди и книзу, глубина 5—10 мм.
Показания: снижение слуха.

PN19 (хоу-тин-сюе)

Топография: на середине расстояния между точками PN18 (хоу-тин-гун) и PN20 (хоу-тин-хуэй), на горизонтальном уровне точки PN13 (тин-сюе) (см. рис. 162).
Техника: укол наклонный, по направлению кпереди и книзу, глубина 5—10 мм.
Показания: снижение слуха.

PN20 (хоу-тин-хуэй)

Топография: в углублении кзади от ушной раковины, на 0,5 цуня выше точки TR(X)17 (и-фэн), на горизонтальном уровне точки VB(XI)2 (тин-хуэй) (см. рис. 162).
Техника: укол наклонный, по направлению кпереди и книзу, глубина 10—15 мм.
Показания: шум в ушах, снижение слуха.

PN21 (хоу-цун)

Топография: при загибании уха кпереди над контурирующей хрящевой складкой, на середине между основанием ушной раковины и границей роста волос (см. рис. 162).
Техника: укол наклонный, по направлению кпереди и несколько кверху, глубина 5 мм.
Показания: снижение слуха.

PN22 (чи-цянь)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от точки VB(XI)20 (фэн-чи) (рис. 188, 189).
Техника: укол наклонный, по направлению к точке TR(X)17 (и-фэн), глубина 20—25 мм.
Показания: снижение слуха.

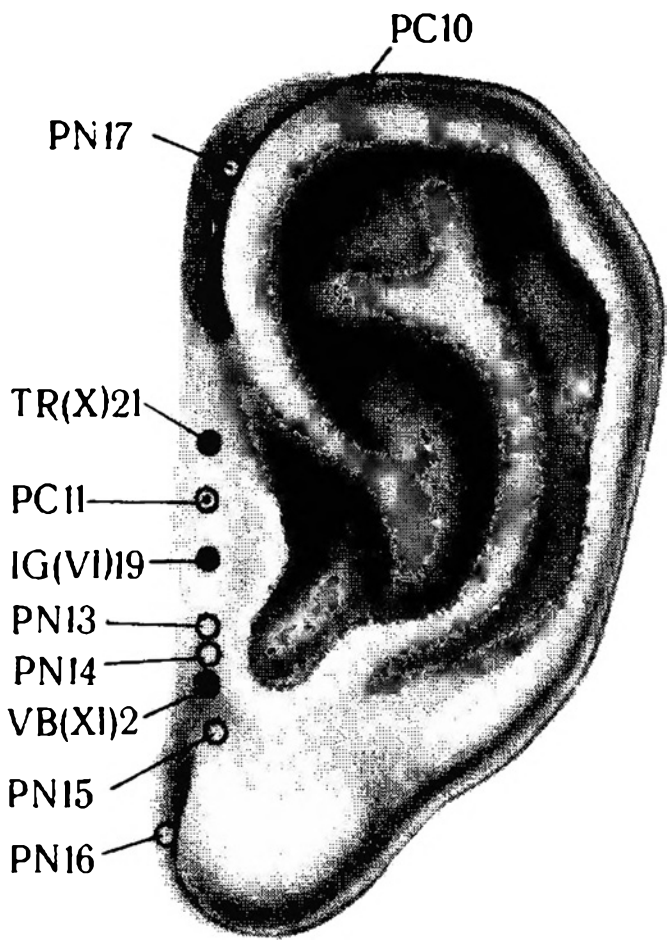


Рис. 187. Локализация точек акупунктуры PN13—PN17.

PN23 (и-мин-ся)

Топография: на 0,5 цуня ниже точки PC13 (и-мин) (см. рис. 188, 189).
Техника: укол прямой, глубина 15 мм.
Показания: снижение слуха.

PN24 (тянь-тин)

Топография: на 0,5 цуня ниже точки PN28 (ань-мянь 2) (см. рис. 188).
Техника: укол прямой, глубина 15 мм.
Показания: снижение слуха.

PN25 (цянь-чжэн-сюе)

Топография: примерно на 1,5—2 см кпереди от мочки уха (см. рис. 188).
Техника: укол наклонный, по направлению кпереди, глубина 5—10 мм.
Показания: поражение лицевого нерва, заболевания полости рта.

PN26 (янь-чи)

Топография: позади ушной раковины, на пересечении горизонтальной линии, проведенной через наиболее выступающую часть сосцевидного отростка, с границей роста волос (см. рис. 188).
Техника: укол наклонный, по направлению кзади, глубина 15—20 мм.
Показания: глаукома.

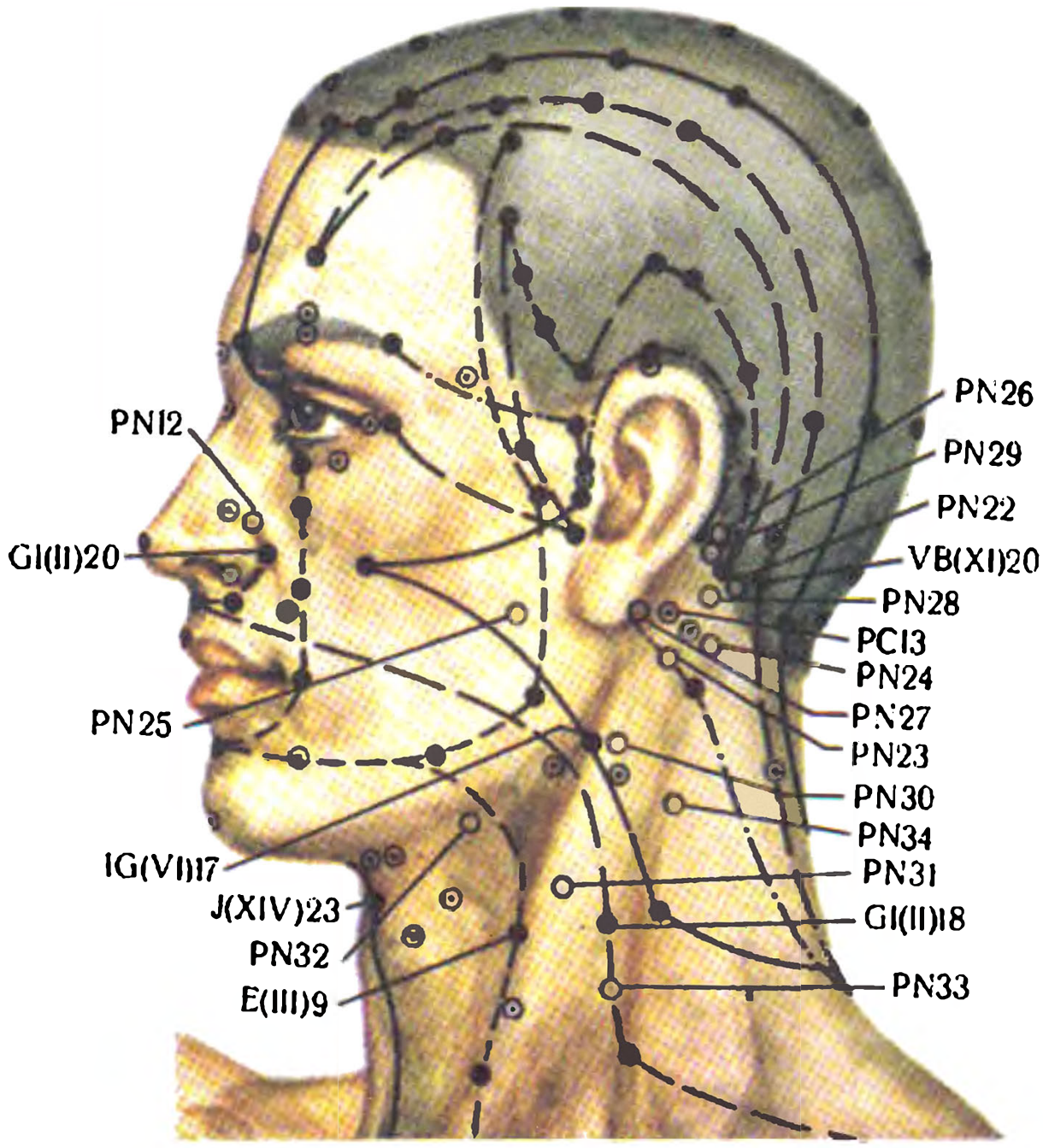


Рис. 188. Проекции точек акупунктуры PN12, PN22—PN34 в области головы и шеи.

PN27 (ань-мянь 1)

Топография: на середине расстояния между точками TR(X)17 (и-фэн) и PC13 (и-мин) (см. рис. 188).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: нарушение сна, мигрень, психические нарушения.

PN28 (ань-мянь 2)

Топография: на середине расстояния между точками VB(XI)20 (фэн-чи) и PC13 (и-мин) (см. рис. 188, 189).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: нарушение сна, чувство тревоги, страха, сердцебиение.

PN29 (син-фэнь)

Топография: на задневерхнем крае сосцевидного отростка, на 0,5 цуня выше точки PN28 (ань-мянь 2) (см. рис. 188).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: сонливость.

PN30 (жун-хоу)

Топография: на 1,5 цуня ниже точки TR(X)17 (и-фэн) и несколько кзади от точки IG(VI)17 (тянь-жун) (см. рис. 188).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: зубная боль.

PN31 (цян-инь)

Топография: на 2 цуня кнаружи от точки J(XIV)23 (лянь-цюань), кзади и кверху от точки E(III)9 (жэнь-ин) (см. рис. 186, 188).
Техника: укол наклонный, по направлению к корню языка, глубина 10 мм (соблюдать осторожность — опасность повреждения сосудисто-нервного пучка шеи).
Показания: нарушение речи.

PN32 (цзэн-инь)

Топография: на середине расстояния между точкой J(XIV)23 (лянь-цюань) и углом нижней челюсти (см. рис. 186, 188).
Техника: укол наклонный, по направлению кпереди и кверху, глубина 10 мм, в обход сонной артерии.
Показания: расстройства речи.

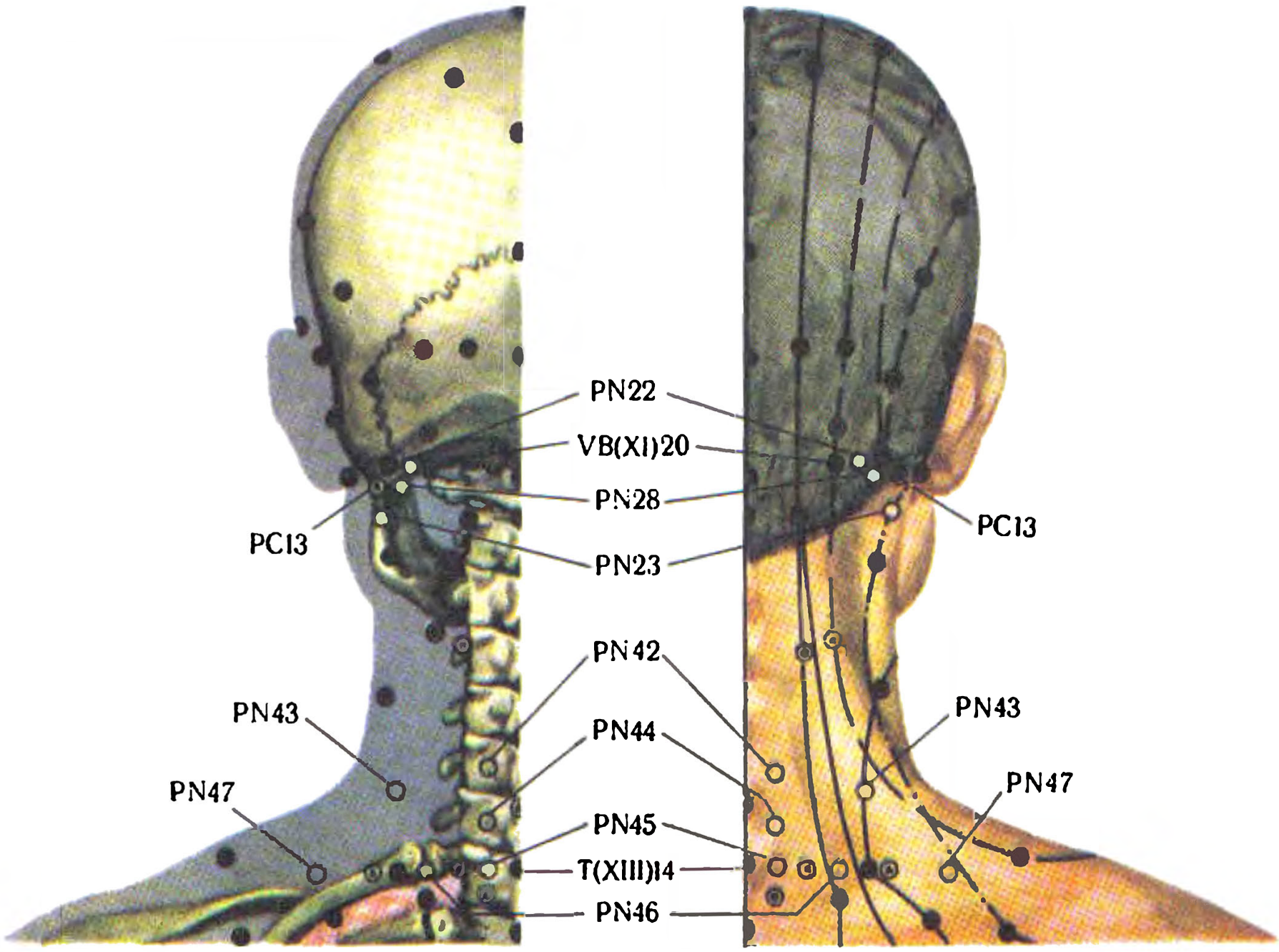


Рис. 189. Проекции точек акупунктуры PN22, PN23, PN28, PN42—PN47 в области головы и шеи.

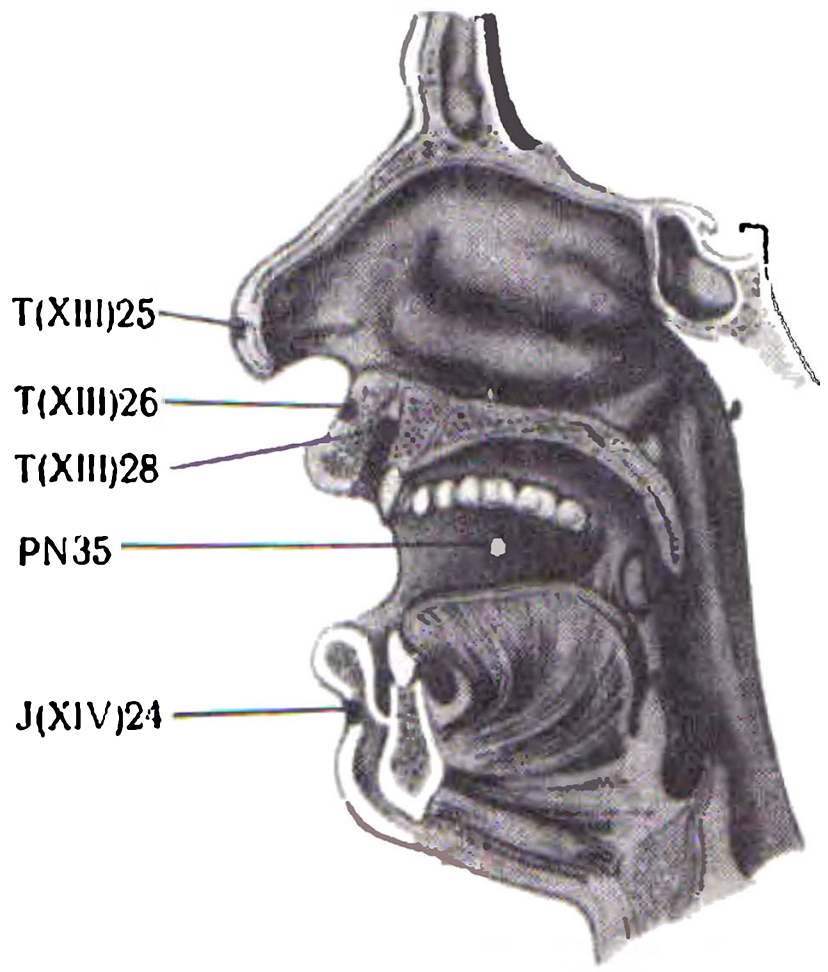


Рис. 190. Локализация точки PN35 (цзя-нэй) в полости рта.

PN33 (ся-фу-ту)

Топография: на 0,5 цуня ниже точки GI(II)18 (фу-ту), над точкой GI(II)17 (тянь-дин) (см. рис. 186, 188).

Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина 5 мм.

Показания: паралич верхних конечностей, тремор.

PN34 (цзин-чжун)

Топография: на 2 цуня ниже точки PN28 (ань-мянь 2), у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы (см. рис. 188).

Техника: укол прямой (или наклонный по направлению кверху), глубина 15—20 мм.

Показания: гемиплегия.

PN35 (цзя-нэй)

Топография: в полости рта, на слизистой оболочке щеки, на уровне первого моляра (рис. 190).

Техника: укол наклонный, по направлению к уху, глубина 5—10 мм.

Показания: снижение слуха.

Передняя поверхность туловища

PN36 (шуй-шан)

Топография: на передней срединной линии, на 1,5 цуня выше уровня пупка, между точками J(XIV)9 (шуй-фэнь) и J(XIV)10 (ся-вань) (рис. 191).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: желудочная гиперсекреция.

PN37 (вэй-лэ)

Топография: на 0,2 цуня выше и на 4 цуня кнаружи от точки J(XIV)9 (шуй-фэнь) (см. рис. 191).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: гастралгия.

PN38 (чжи-се)

Топография: на передней срединной линии, на 2,5 цуня ниже уровня пупка, между точками J (XIV)4 (гуань-юань) и J(XIV)5 (ши-мэнь) (см. рис 191).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: заболевания кишок.

PN39 (ти-туо)

Топография: на 4 цуня кнаружи от точки J(XIV)4 (гуань-юань) (см. рис. 191).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: опущение матки, боль в нижней части живота.

PN40 (чун-цзянь)

Топография: на 3 цуня кнаружи от точки J(XIV)2 (цюй-гу), между точками E(III)30 (ши-чун) и RP(IV)12 (чун-мэнь) (см. рис. 191).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: опущение матки.

PN41 (шу-си)

Топография: в области паховой складки, на границе наружной и средней трети ее длины (см. рис. 191).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: парезы и нарушения местного кровообращения в нижних конечностях.

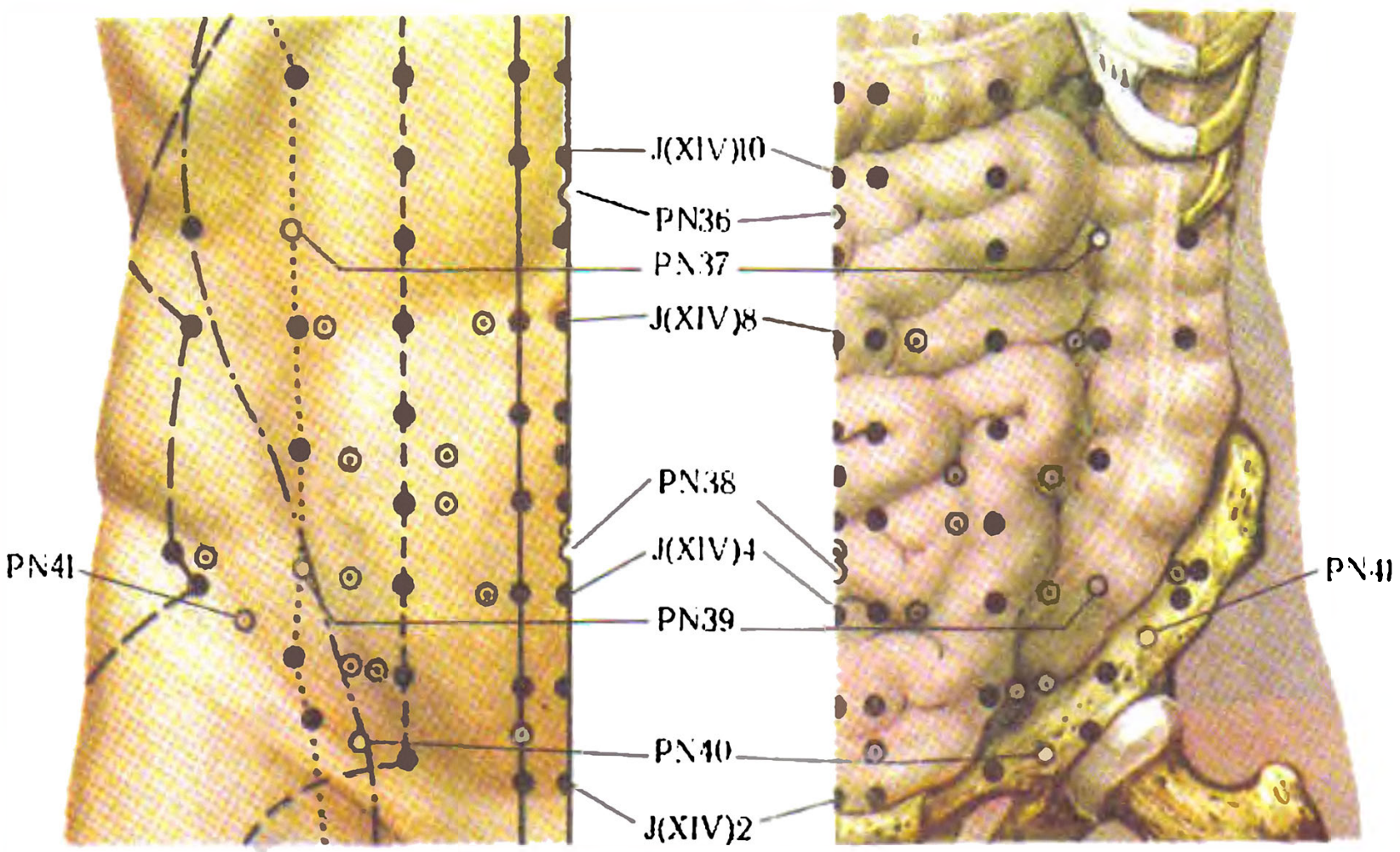


Рис. 191. Проекции точек акупунктуры PN36—PN41 в области живота

Задняя поверхность туловища

PN42 (лю-цзин-чжуй-пан)

Топография: на 0.5 цуня кнаружи от остистого отростка VI шейного позвонка (см. рис. 189, 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: ринит, снижение обоняния.

PN43 (сюе-я-дянь)

Топография: на 2 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VI шейного позвонка (см. рис. 189, 192)
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: артериальная гипер- и гипотензия.

PN44 (ци-цзин-чжуй-пан)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от остистого отростка VII шейного позвонка (см. рис 189, 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: острый и хронический тонзиллит, ларингит.

PN45 (дин-чуань)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от точки T(XIII)14 (да-чжуй) (см. рис. 189, 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: бронхиальная астма, бронхит, паралич верхних конечностей.

PN46 (вай-дин-чуань)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от точки T(XIII)14 (да-чжуй) (см. рис. 189, 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: бронхиальная астма, бронхит.

PN47 (цзе-хэ-сюе)

Топография: на 3,5 цуня кнаружи от точки T(XIII)14 (да-чжуй) (см. рис. 189, 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: туберкулез легких и других органов.

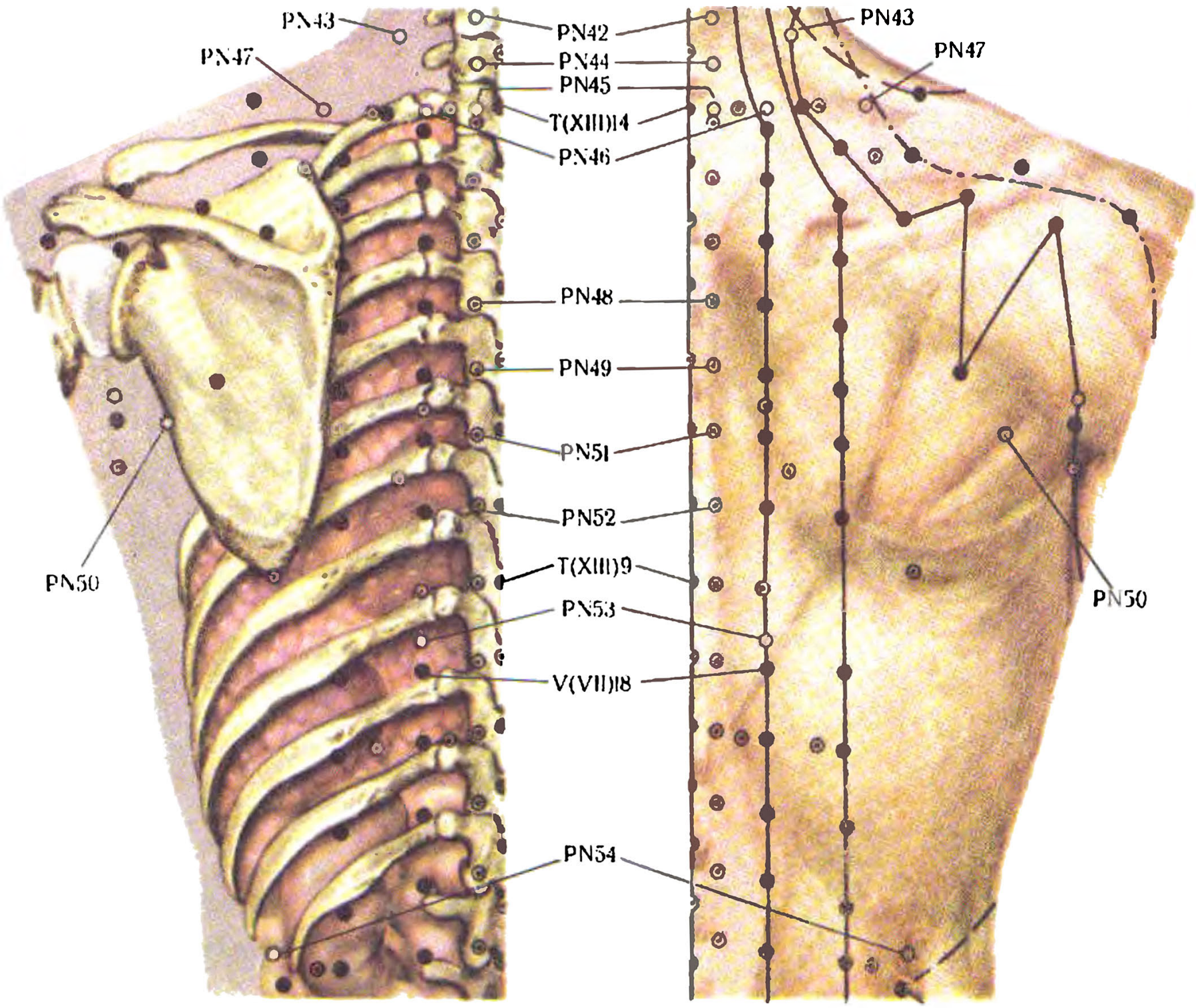


Рис. 192. Проекции точек акупунктуры PN42—PN54 в области спины.

PN48 (вэй-же-сюе)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV грудного позвонка (совпадает с четвертой точкой PC85 (хуа-туо-цзя-цзи) (см. рис. 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: заболевания полости рта, гастралгия.

PN49 (чжун-чуань)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка V грудного позвонка (совпадает с пятой точкой PC85 (хуа-туо-цзя-цзи) (см. рис. 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: бронхиальная астма, бронхит, боль в области грудной клетки и спины.

PN50 (цзянь-тун-дянь)

Топография: на середине латерального края лопатки (см. рис. 192, 199).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: боль в области плеча, паралич верхних конечностей.

PN51 (пи-же-сюе)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VI грудного позвонка (совпадает с шестой точкой PC85 (хуа-туо-цзя-цзи) (см. рис 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: диспепсические явления, заболевания селезенки и поджелудочной железы.

PN52 (шэнь-же-сюе)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VII грудного позвонка (совпадает с седьмой точкой PC85 (хуа-туо-цзя-цзи) (см. рис. 192).
Техника: укол наклонный, глубина 10 мм.
Показания: заболевания почек и мочевых путей.

PN53 (цзянь-мин 5)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка IX грудного позвонка или на 0,5 цуня выше точки V(VII)18 (гань-шу) (см. рис. 192).
Техника: укол прямой, глубина 10 мм.
Показания: заболевания глаз.

PN54 (куй-ян-сюе)

Топография: на 5 цуней кнаружи от нижнего края остистого отростка XII грудного позвонка или на 2 цуня кнаружи от точки V(VII)50 (вэй-цан) (см. рис. 192).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

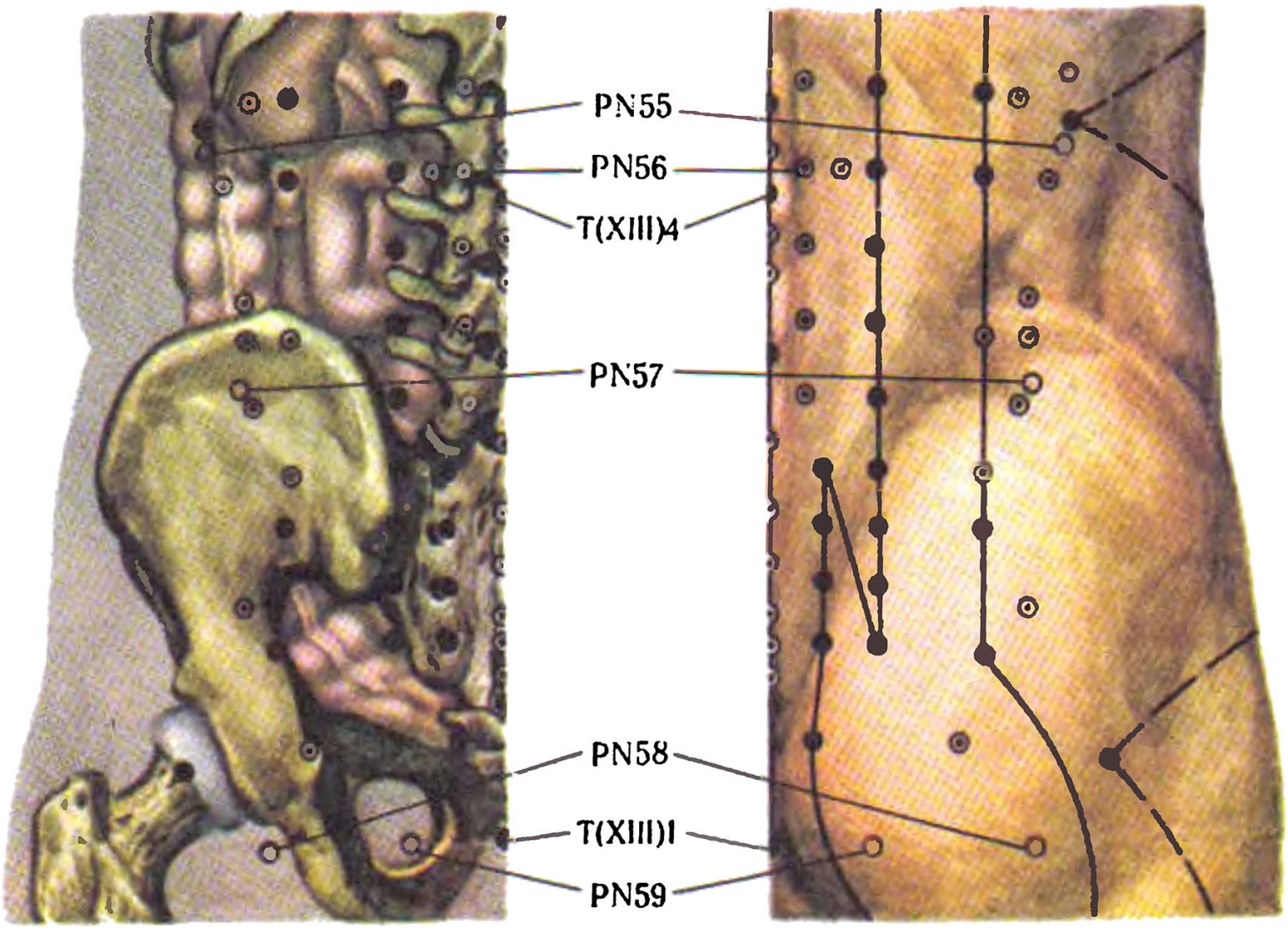


Рис. 193. Проекции точек акупунктуры PN55- PN59 в поясничнo-крестцовой области.

PN55 (вэй-шу)

Топография: на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка II поясничного позвонка (рис. 193).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: гастралгия.

PN56 (шэнь-цзи, мин-мэнь-цзя-цзи)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка (совпадает с четырнадцатой точкой РС85 (хуа-туо-цзя-цзи) (см. рис. 193).
Техника: укол прямой, глубина 15—20 мм.
Показания: люмбалгия, паралич нижних конечностей.

PN57 (тяо-юе)

Топография: на 2 цуня ниже наиболее выступающей кверху части подвздошного гребня (см. рис. 193).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: детский церебральный паралич.

PN58 (цзо-гу)

Топография: на 1 цунь ниже середины линии, соединяющей большой вертел бедренной кости и конец копчика (см. рис. 193, 206, 208).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: ишиалгия.

PN59 (пан-цян)

Топография: на 1,5 цуня кнаружи от точки Т(XIII)1 (чан-цян) (см. рис. 193, 206).
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина 30—50 мм.
Показания: выпадение прямой кишки, опущение матки.

Верхняя конечность

PN60 (я-тун)

Топография: на ладонной поверхности кисти, между III и IV пястными костями, на 1 цунь проксимальнее пястно-фаланговой кожной складки (рис. 194).
Техника: укол прямой, глубина 5 мм.
Показания: зубная боль.

PN61 (нюе-мэнь)

Топография: на тыльной поверхности кисти, между III и IV пальцами, в области межпальцевой перепонки (на границе «белой и красной кожи») (рис. 195).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: малярия.

PN62 (ло-лин-у)

Топография: на 0,5 цуня проксимальнее точки РС108 (ло-чжэнь, сян-цян) (см. рис. 195).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: спазматическая желудочная боль, артериальная гипертензия.

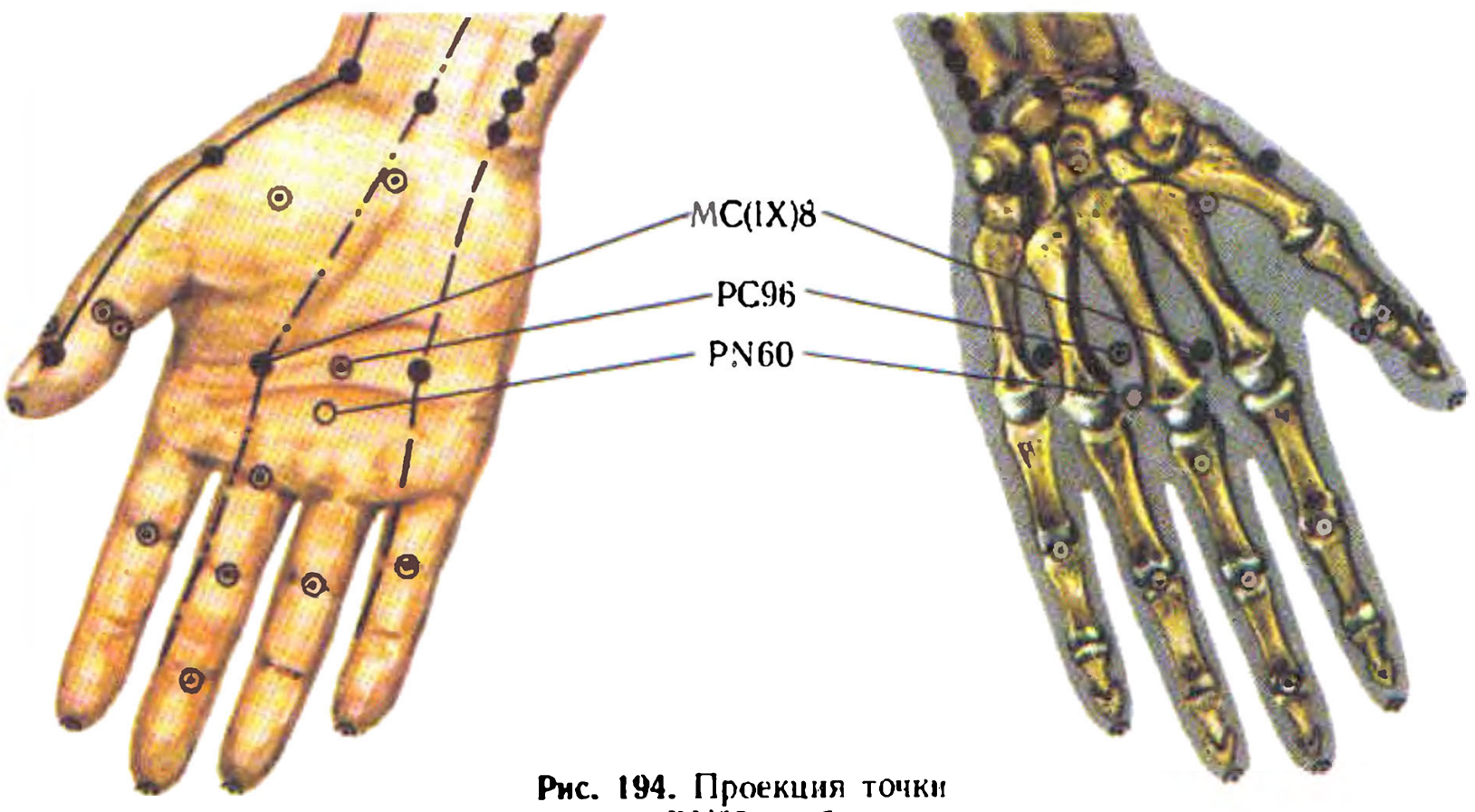


Рис. 194. Проекция точки акупунктуры PN60 в области кисти.

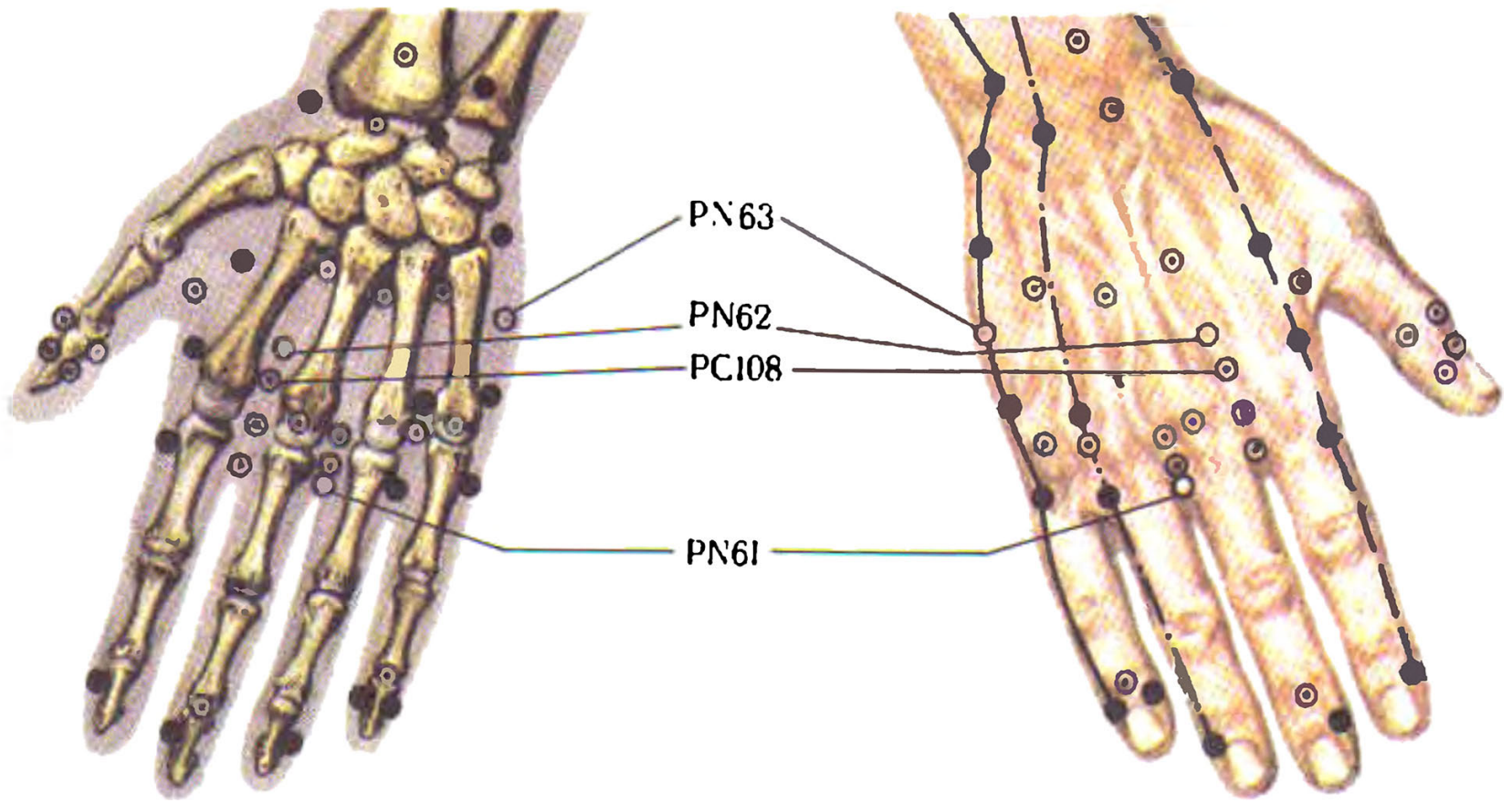


Рис. 195. Проекции точек акупунктуры PN61 – PN63 в области кисти

PN63 (шан-хоу-си)

Топография: на локтевом крае кисти, на середине расстояния между точками IG(VI)3 (хоу-си) и IG(VI)4 (вань-гу) (см. рис. 195).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: глухонемота.

PN64 (си-шан)

Топография: на внутренней поверхности предплечья, на 3 цуня выше точки MC(IX)4 (си-мэнь) (рис. 196).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: заболевания молочной железы, плеврит, кардиопатия.

PN65 (ло-шан)

Топография: на тыльной поверхности предплечья, на 1 цунь выше точки TR(X)8 (сань-ян-ло) (рис. 197).
Техника: укол прямой, глубина 15 мм.
Показания: снижение слуха, двигательные нарушения в области верхних конечностей, боль в суставах.

PN66 (ин-ся)

Топография: на тыльной поверхности предплечья, между локтевой и лучевой костями, на 3 цуня ниже локтевого отростка локтевой кости (см. рис. 197).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: снижение слуха, паралич верхних конечностей.

PN67 (ню-шан-сюе)

Топография: при согнутой в локтевом суставе руке с прижатой к груди ладонью на линии, соединяющей точки TR(X)4 (ян-чи) и GI(II)11 (цюй-чи), дистальнее последней на 1/4 указанного расстояния (см. рис. 197).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм; для усиления лечебного действия рекомендуется манипулировать (повороты) иглой, одновременно больной должен осуществлять движения в поясничном отделе позвоночного столба.
Показания: боль в поясничной области.

PN68 (гун-чжун)

Топография: на 2,5 цуня ниже точки MC(IX)2 (тянь-цюань) или на 4,5 цуня выше складки локтевого сгиба (рис. 198).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: двигательные нарушения в области верхних конечностей.

PN69 (цзюй-би)

Топография: на 2 цуня ниже точки PN70 (тай-цзянь) (см. рис. 198).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы.

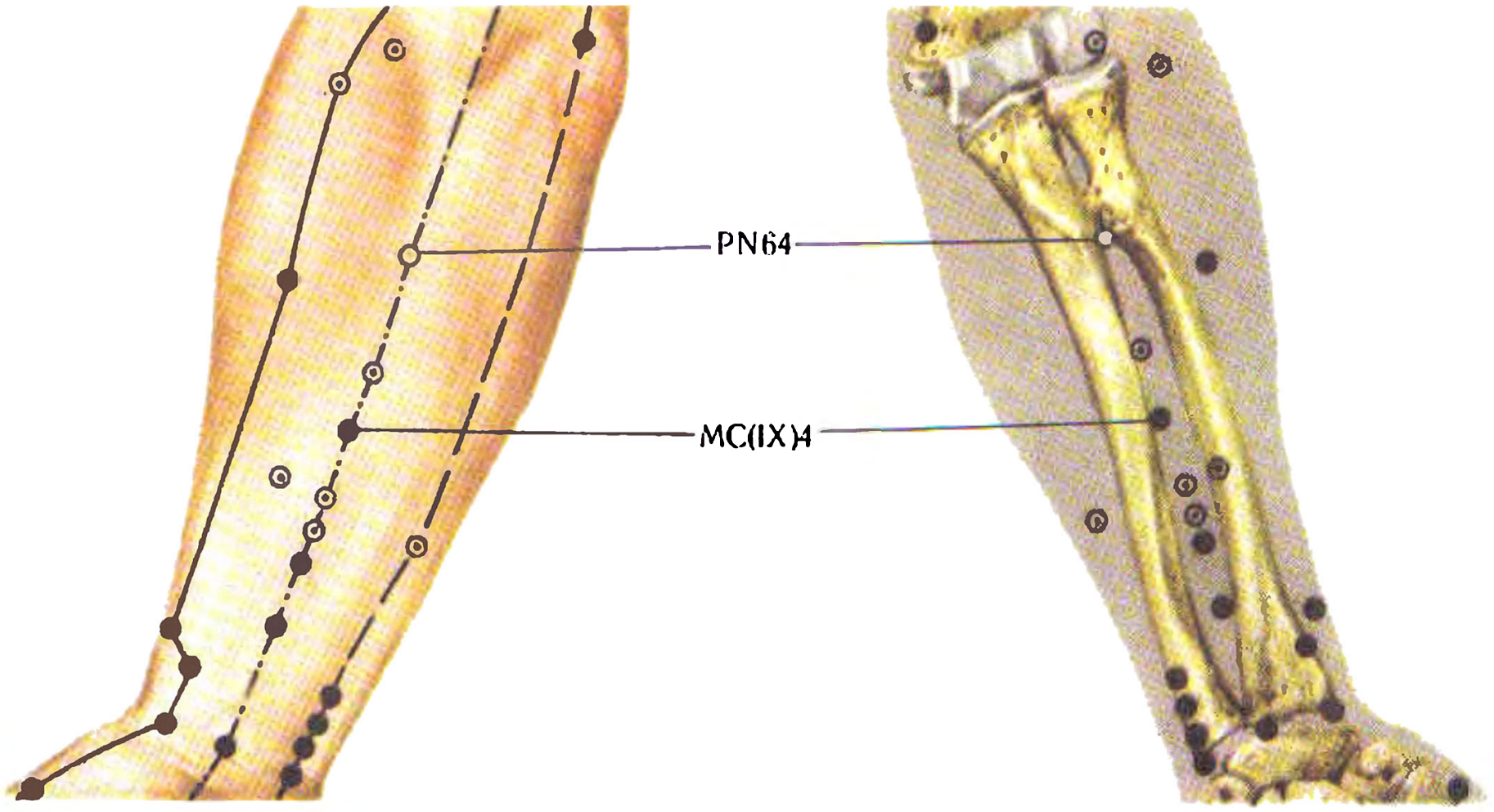


Рис. 196. Проекция точки акупунктуры PN64 в области предплечья.

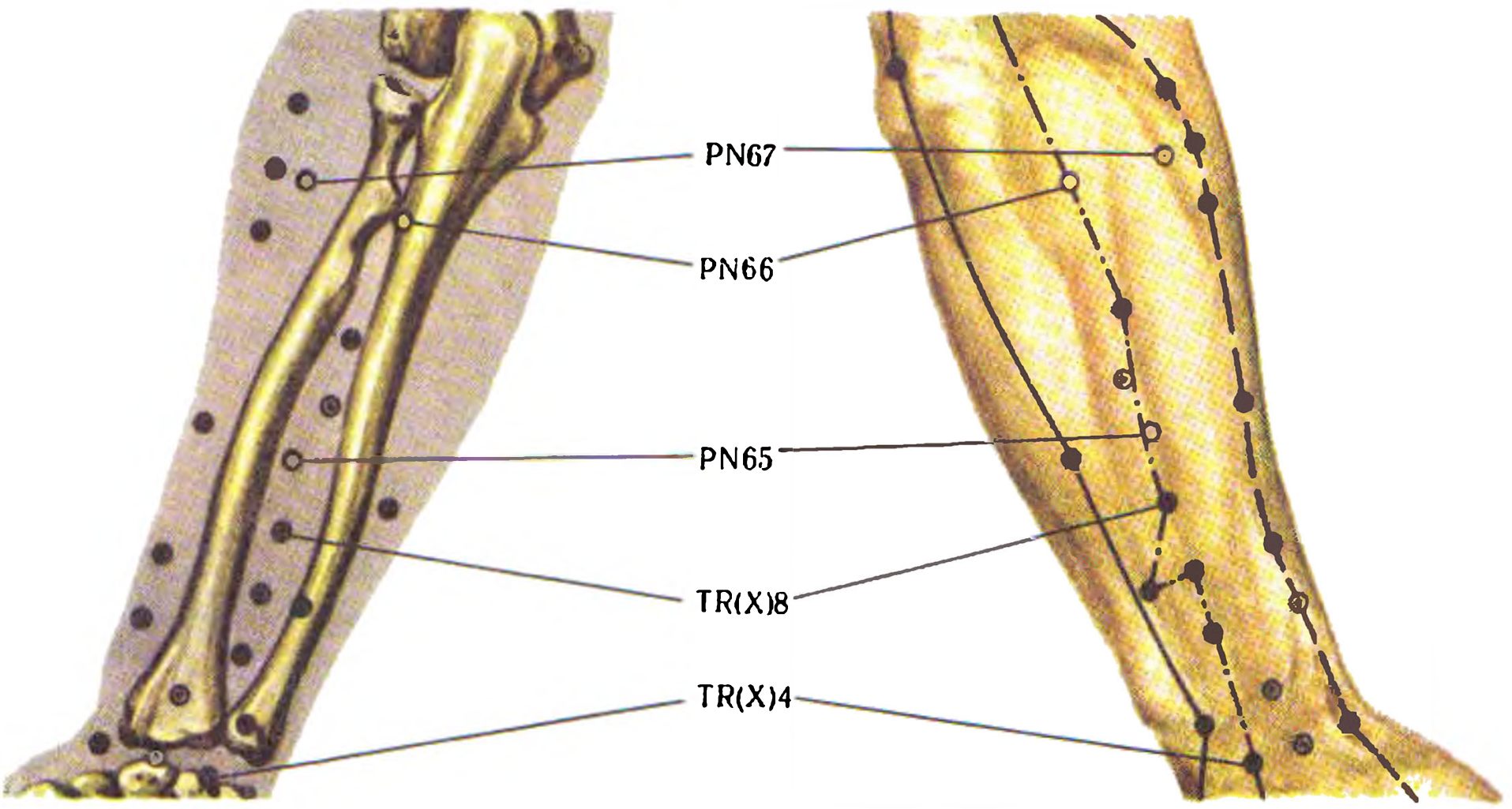


Рис. 197. Проекции точек акупунктуры PN65—PN67 в области предплечья.

PN70 (тай-цзянь)

Топография: на 1,5 цуня кпереди и книзу от акромиально-ключичного сустава (см. рис. 198).

Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.

Показания: те же, что для воздействия на точку PN69 (цзюй-би).

PN71 (ин-шан)

Топография: на задней поверхности плеча, на 4 цуня выше локтевого отростка локтевой кости (рис. 199).

Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.

Показания: те же, что для воздействия на точку PN69 (цзюй-би).

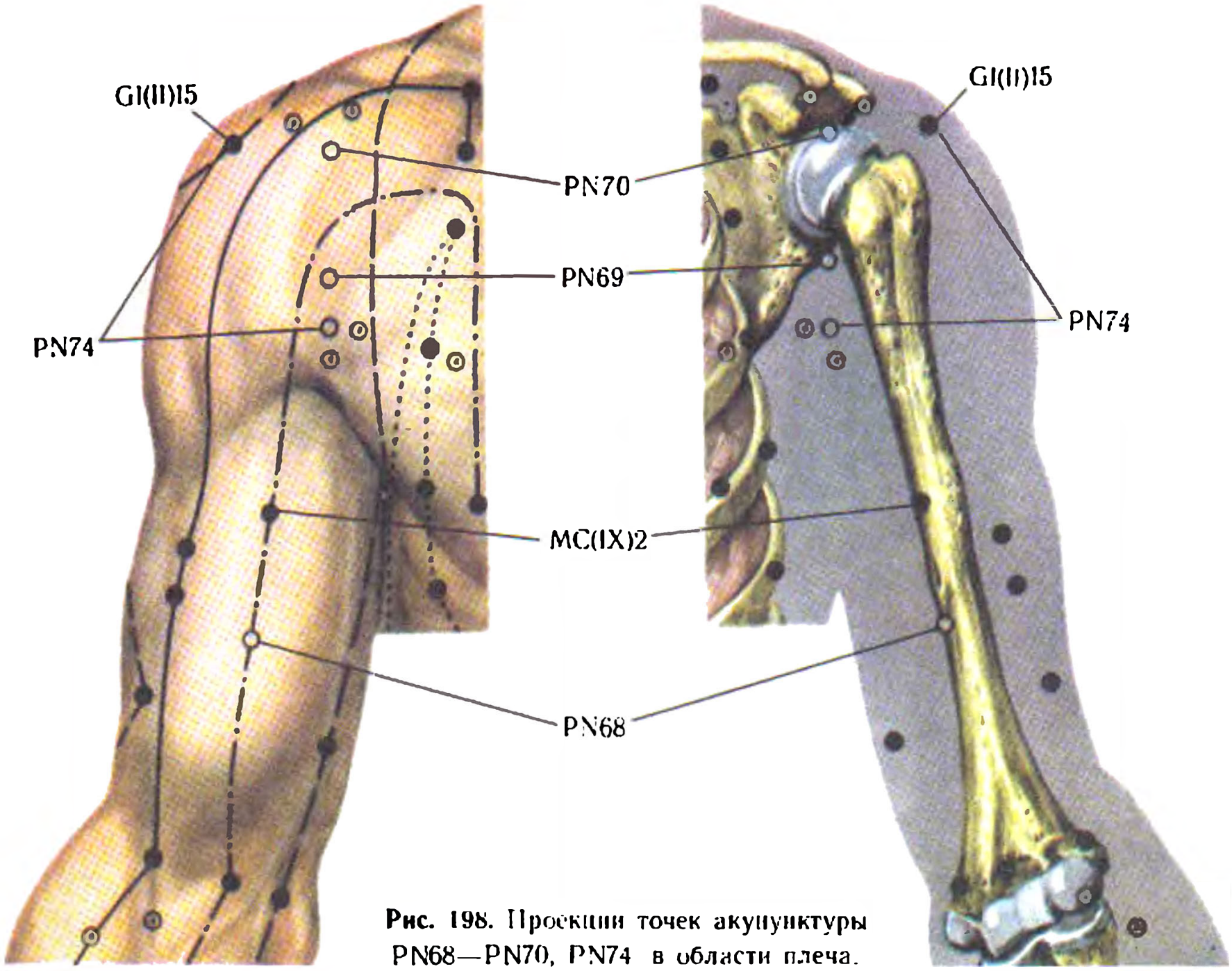


Рис. 198. Проекции точек акупунктуры PN68—PN70, PN74 в области плеча.

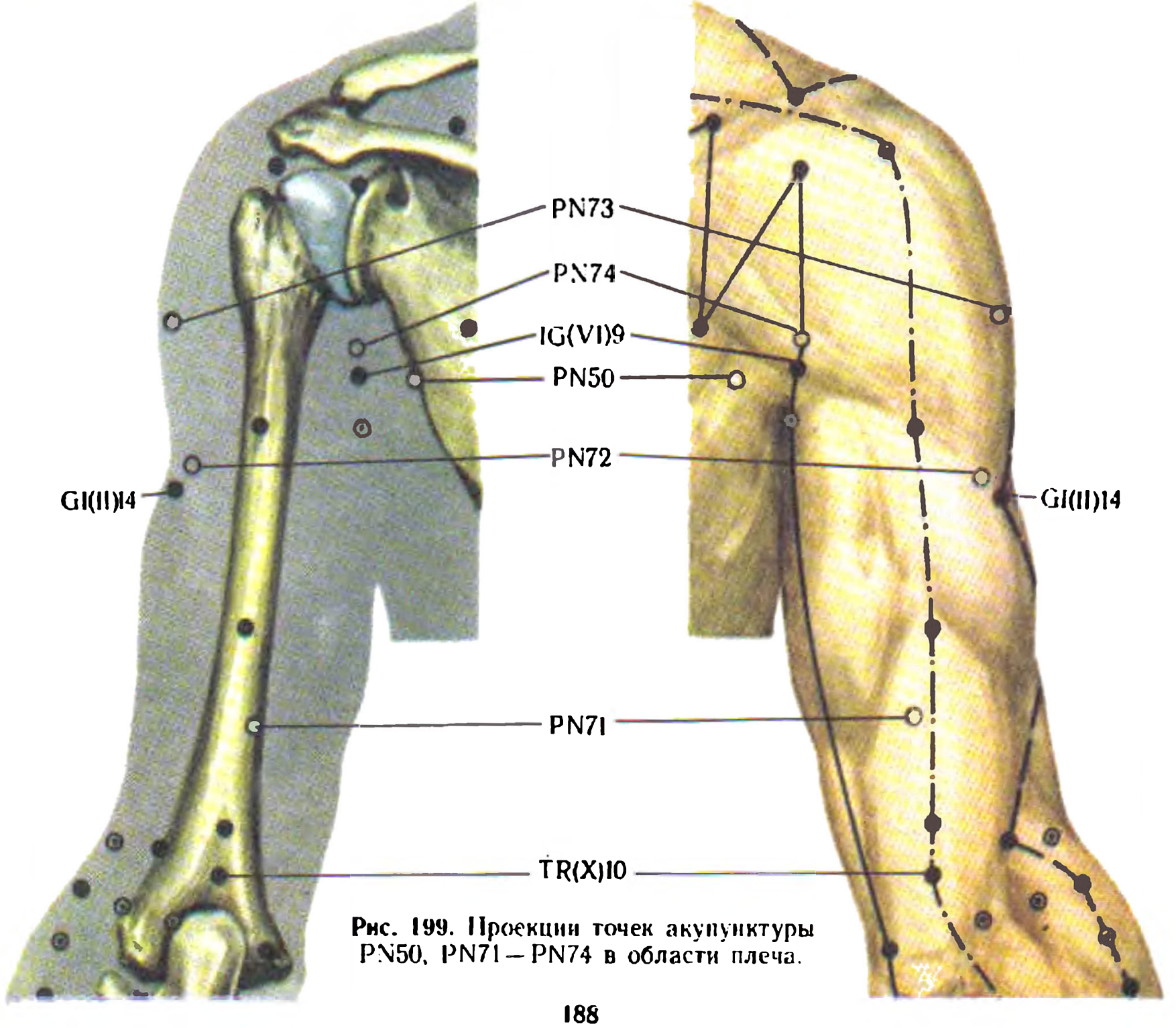


Рис. 199. Проекции точек акупунктуры PN50, PN71—PN74 в области плеча.

PN72 (цзянь-минь)

Топография: на наружной поверхности плеча, на 0,5 цуня кзади и кверху от точки GI(II)14 (би-нао) (см. рис. 199).
Техника: укол наклонный, по направлению кверху, глубина 20—30 мм.
Показания: заболевания глаз, двигательные нарушения в области верхних конечностей.

PN73 (нао-шан, цзянь-юй-ся)

Топография: соответствует центру дельтовидной мышцы (см. рис. 199).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: болевой синдром, двигательные нарушения в области верхних конечностей.

PN74 (цзянь-сань-чжэнь)

Топография: система 3 точек, PN74/1 соответствует точке GI(II)15 (цзянь-юй), PN74/2 (цзянь-цянь) (передняя плечевая точка) расположена на 1 цунь выше переднего края подмышечной складки, PN74/3 (цзянь-хоу) (задняя плечевая точка) — на 1,5 цуня выше заднего края подмышечной складки (см. рис. 198, 199).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм; иглоукалывание начинают с PN74/1, затем вводят иглы в PN74/2 и PN74/3; применяется также введение иглы от точки PN74/2 (цзянь-цянь) до точки PN74/3 (цзянь-хоу).
Показания: боль в области плечевого сустава, двигательные нарушения в области верхних конечностей.

Нижняя конечность

PN75 (чжи-пин)

Топография: система 10 точек (по 5 на каждой стопе) на тыле стопы, каждая соответствует середине плюснефалангового сустава (рис. 200).
Техника: укол наклонный, глубина 3—5 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN76 (пан-гу)

Топография: на тыльной поверхности стопы, в передней части промежутка между III и IV плюсневыми костями, на 1 цунь проксимальнее межпальцевой складки (см. рис. 200, 201).
Техника: укол наклонный, глубина 5—10 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN75 (чжи-пин).

PN77 (гэнь-пин)

Топография: на задней поверхности ахиллова сухожилия, соответствует середине линии, соединяющей центры медиальной и латеральной лодыжек (рис. 202).
Техника: укол прямой, глубина 3—5 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN75 (чжи-пин).

PN78 (нао-цин, шан-цзе-си)

Топография: на латеральной поверхности большеберцовой кости, на 2 цуня выше точки E(III)41 (цзе-си) (см. рис. 201, 203).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: головокружение, сонливость,

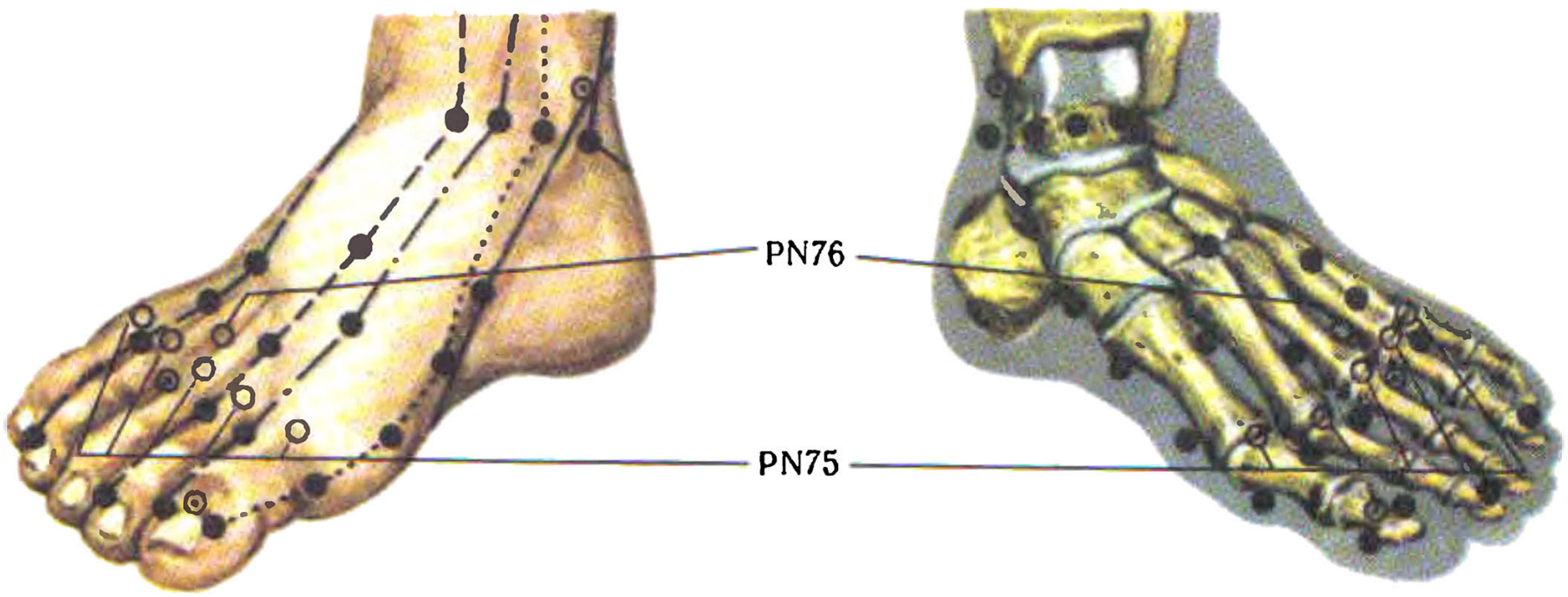


Рис. 200. Проекции точек акупунктуры PN75, PN76 в области стопы.

нарушение памяти, поражение малоберцового нерва, последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN79 (цзин-ся)

Топография: на 3 цуня выше точки E(III)41 (цзе-си) и на 1 цунь кнаружи от межкостного (латерального) края большеберцовой кости (см. рис. 201, 203).
Техника: укол прямой, глубина 5—15 мм.
Показания: поражение малоберцового нерва, паралич нижних конечностей, последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN80 (вань-ли)

Топография: на 0,5 цуня ниже точки E(III)36 (цзу-сань-ли) (см. рис. 201, 203).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: заболевания глаз.

PN81 (ли-вай)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки E(III)36 (цзу-сань-ли) (см. рис. 201, 203).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы (для стимуляции мышц).

PN82 (ли-шан)

Топография: на 1 цунь выше точки E(III)36 (цзу-сань-ли) (см. рис. 201, 203).
Техника: укол прямой, глубина 10-20 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы (для улучшения кровообращения в нижних конечностях), пищевые отравления.

PN83 (ло-ди, гэнь-цзин)

Топография: на 9,5 цуней ниже подколенной ямки или на 1,5 цуня ниже точки V(VII)57 (чэн-шань) (см. рис. 202).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN84 (цзю-вай-фань 2)

Топография: на 1 цунь кнутри от точки V(VII)57 (чэн-шань) (см. рис. 202).
Техника: укол прямой, глубина 10—15 мм.
Показания: последствия перинатальных

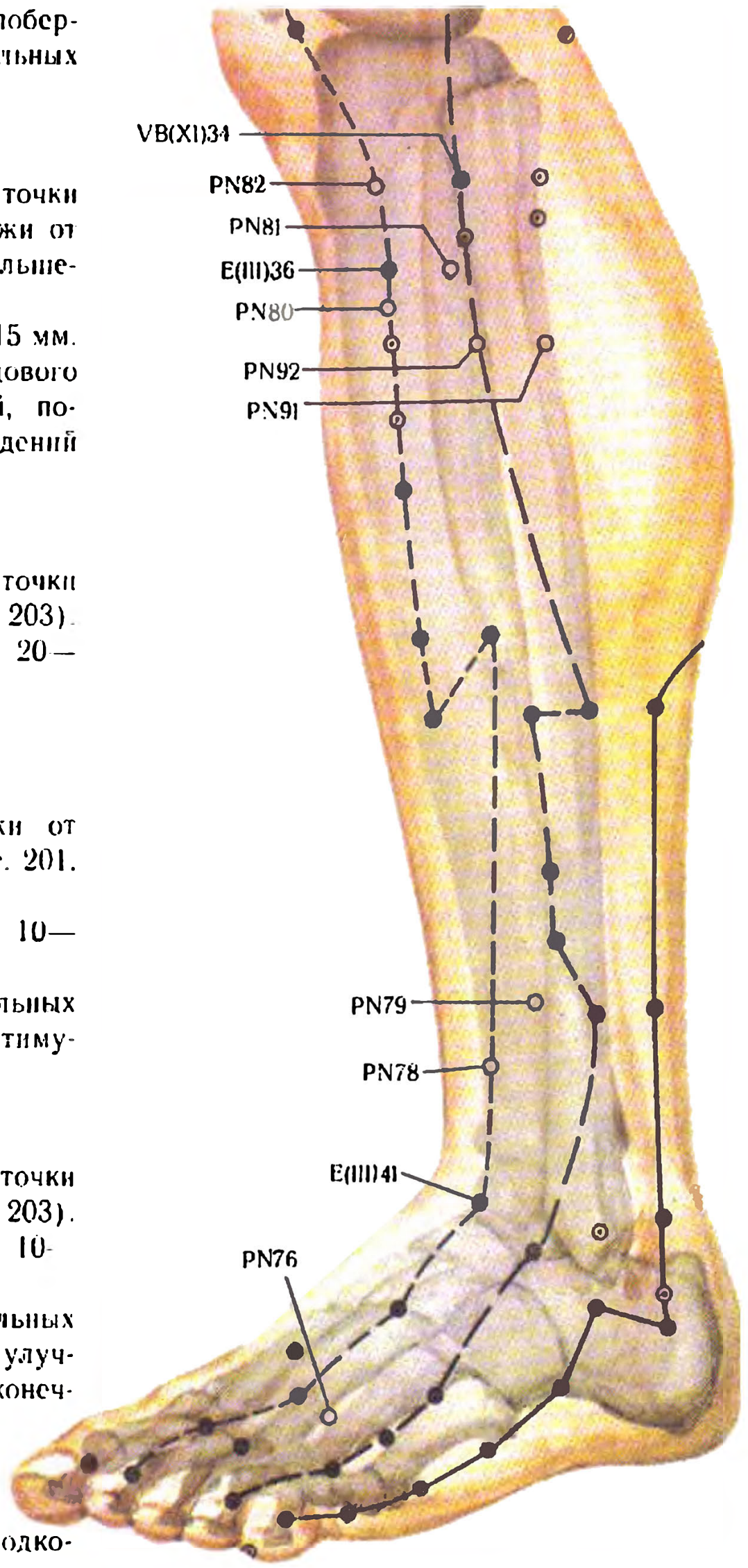


Рис. 201. Проекции точек акупунктуры PN76, PN78–PN82, PN91, PN92 в области голени и стопы.

повреждений нервной системы (коррекция супинации).

PN85 (цзю-нэй-фань)

Топография: на 1 цунь кнаружи от точки V(VII)57 (чэн-шань) (см. рис. 202).
Техника: укол прямой, глубина 5—15 мм.
Показания: последствия перинатальных

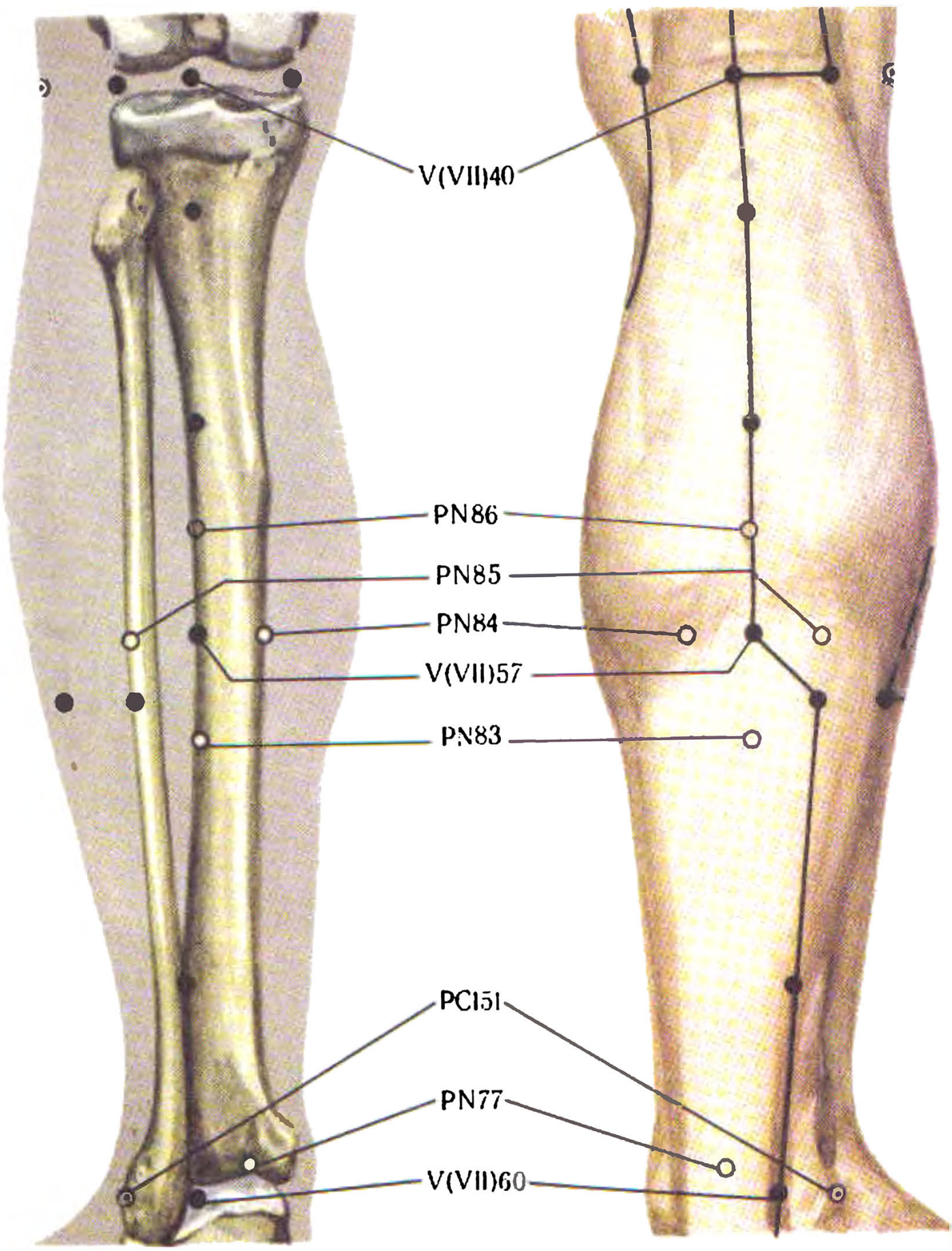


Рис. 202. Проекции точек акупунктуры PN77, PN83—PN86 в области голени.

повреждений нервной системы (коррекция пронации).

PN86 (чэн-цзянь)

Топография: на середине расстояния между точками V(VII)56 (чэн-цзинь) и V(VII)57 (чэн-шань) (см. рис. 202).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN81 (ли-вай).

PN87 (шан-си)

Топография: на 0,5 цуня выше точки R(VIII)3 (тай-си) (рис. 204).
Техника: укол прямой, глубина 5—10 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN84 (цзю-вай-фань 2).

PN88 (гань-янь, гань-янь-дянь)

Топография: на 2 цуня выше точки PC146 (нэй-хуай-цзянь) (см. рис. 203, 204).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: гепатит.

PN89 (цзю-вай-фань 1)

Топография: на 0,5 цуня ниже точки RP(IV)6 (сань-инь-цзяо) (см. рис. 203, 204).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN84 (цзю-вай-фань 2).

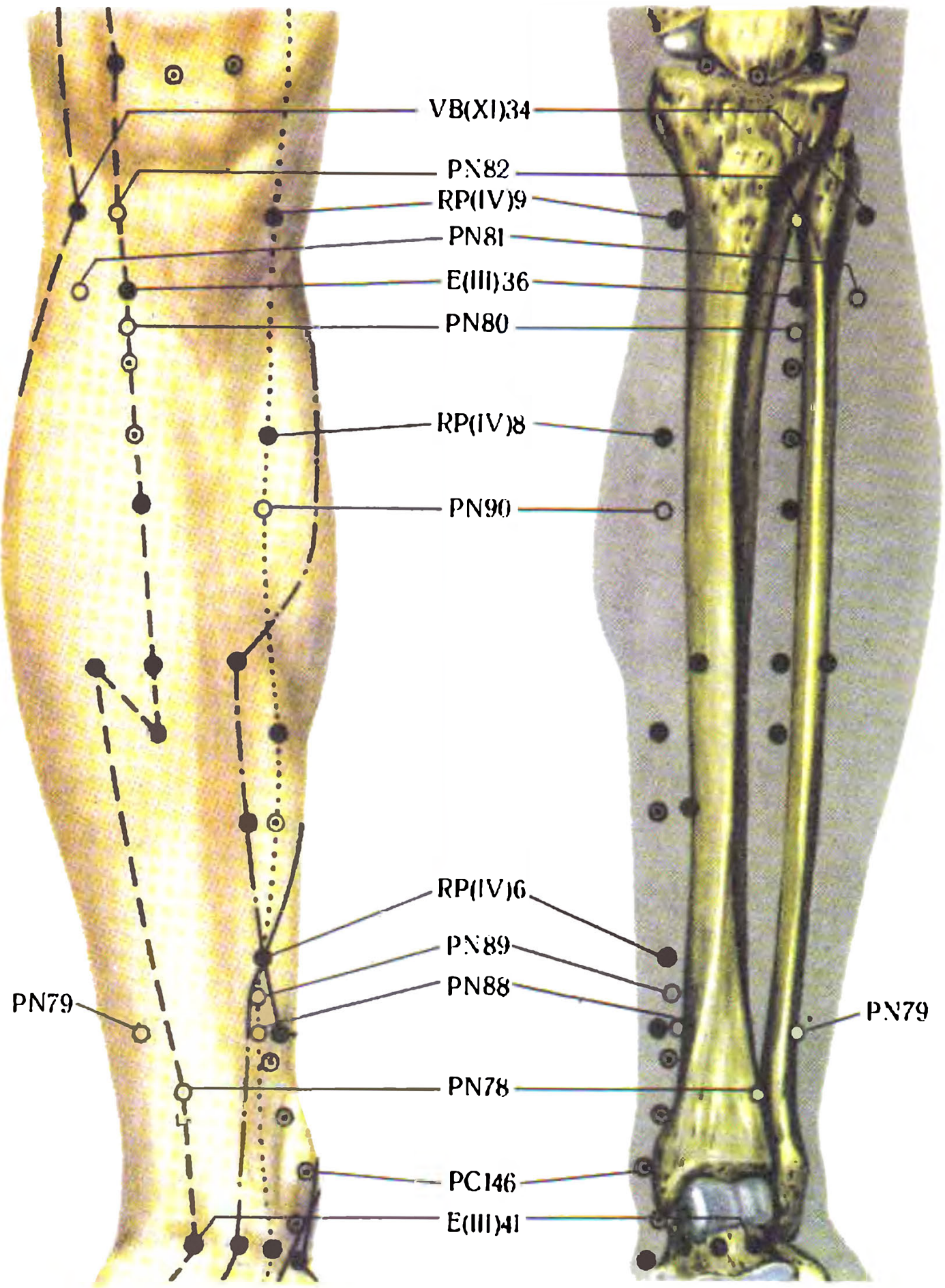


Рис. 203. Проекции точек акупунктуры PN78—PN82, PN88—PN90 в области голени.

PN90 (ди-цзянь)

Топография: на 1 цунь ниже точки RP(IV)8 (ди-цзи) (см. рис. 203, 204).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN84 (цзю-вай-фань 2).

PN91 (цзу-и-цун)

Топография: на 3 цуня ниже головки малоберцовой кости (см. рис. 201).
Техника: укол прямой (или наклонный, по направлению кверху), по заднему краю малоберцовой кости, глубина 15—30 мм.
Показания: глухонемота.

PN92 (лин-ся)

Топография: на 2 цуня ниже точки VB(XI)34 (ян-лин-цюань) (см. рис. 201).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: глухонемота, заболевания желчных путей.

PN93 (цзянь-ци)

Топография: на 3 цуня выше середины верхнего края надколенника (или точки PC156 (хэ-дин) (нога согнута в коленном суставе) (рис. 205).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.

Показания: заболевания коленного сустава, двигательные нарушения в области нижних конечностей.

PN94 (сы-цян)

Топография: на 4 цуня выше середины верхнего края надколенника (или точки PC156 (хэ-дин) (см. рис. 205).
Техника: укол прямой, глубина 20—25 мм.
Показания: двигательные нарушения в области нижних конечностей.

PN95 (ци-ся)

Топография: на 2 цуня ниже точки RP(IV)11 (цзи-мэнь) (см. рис. 205, 207).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN94 (сы-цян).

PN96 (синь-фу-ту)

Топография: на 0,5 цуня кнаружи от точки E(III)32 (фу-ту) (см. рис. 205, 208).
Техника: укол прямой, глубина 20—30 мм.
Показания: заболевания коленного сустава, парез нижних конечностей.

PN97 (цянь-фэн-ши)

Топография: на 2 цуня кпереди от точки VB(XI)31 (фэн-ши) (см. рис. 205, 208).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: паралич нижних конечностей, нарушение местного кровообращения.

PN98 (май-бу)

Топография: на 2,5 цуня ниже точки E(III)31 (би-гуань) (см. рис. 205, 208).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: парез нижних конечностей.

PN99 (цзяо-лин, ся-у-ли)

Топография: на 2 цуня ниже точки F(XII)10 (цзу-у-ли) (см. рис. 205, 207).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы, гемиплегия, холецистит.

PN100 (вэй-шан)

Топография: на 2 цуня выше точки V(VII)40 (вэй-чжун) (рис. 206).

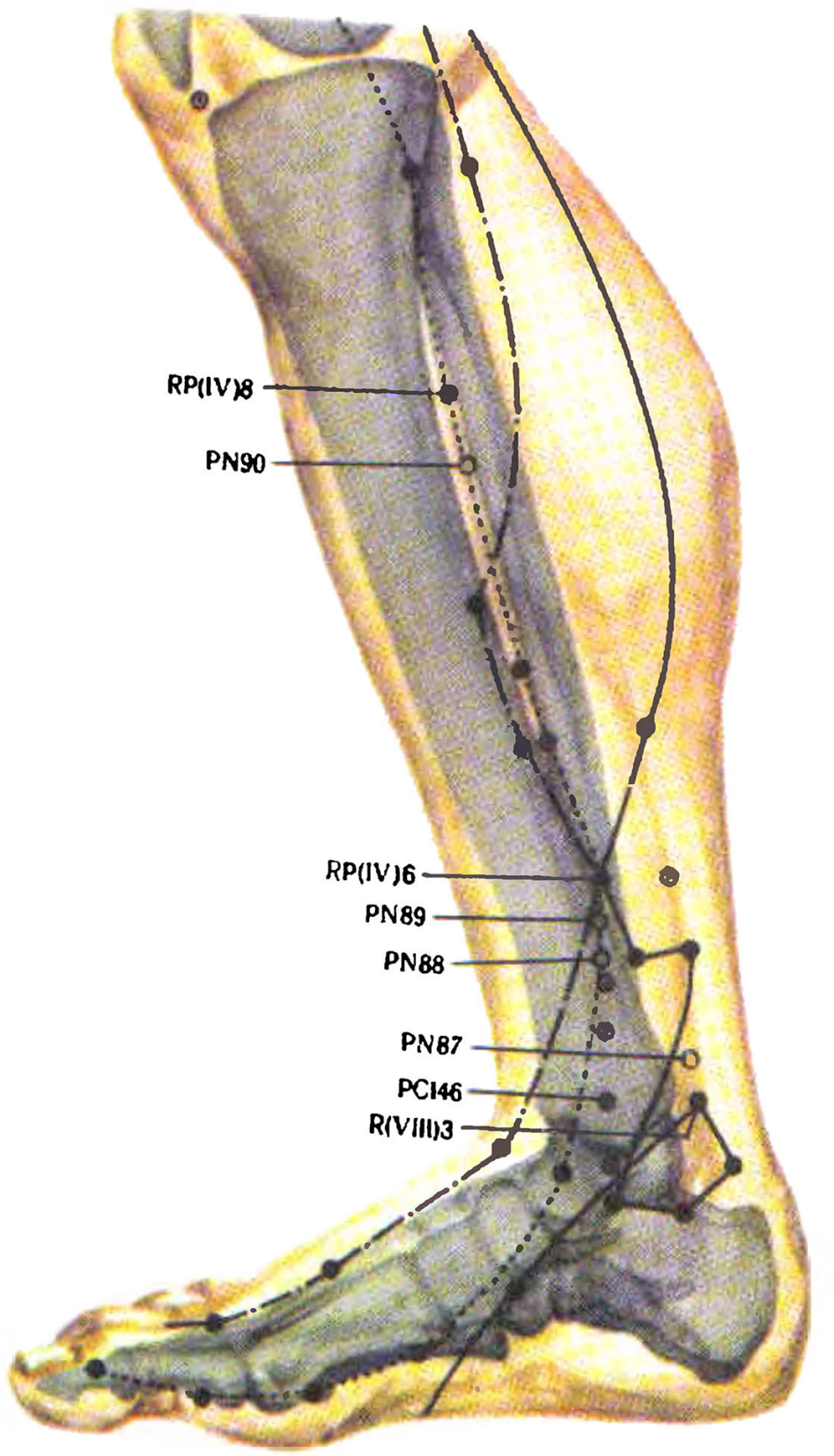


Рис. 204. Проекции точек акупунктуры PN87—PN90 в области голени.

Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы, боль в ногах.

PN101 (чжи-ли)

Топография: на 4,5 цуня выше и на 0,5 цуня кнутри от точки V(VII)40 (вэй-чжун) (см. рис. 206).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN102 (вай-чжи-ли)

Топография: на 4,5 цуня выше и на 1,5 цуня кнаружи от точки V(VII)40 (вэй-чжун) (см. рис. 206).

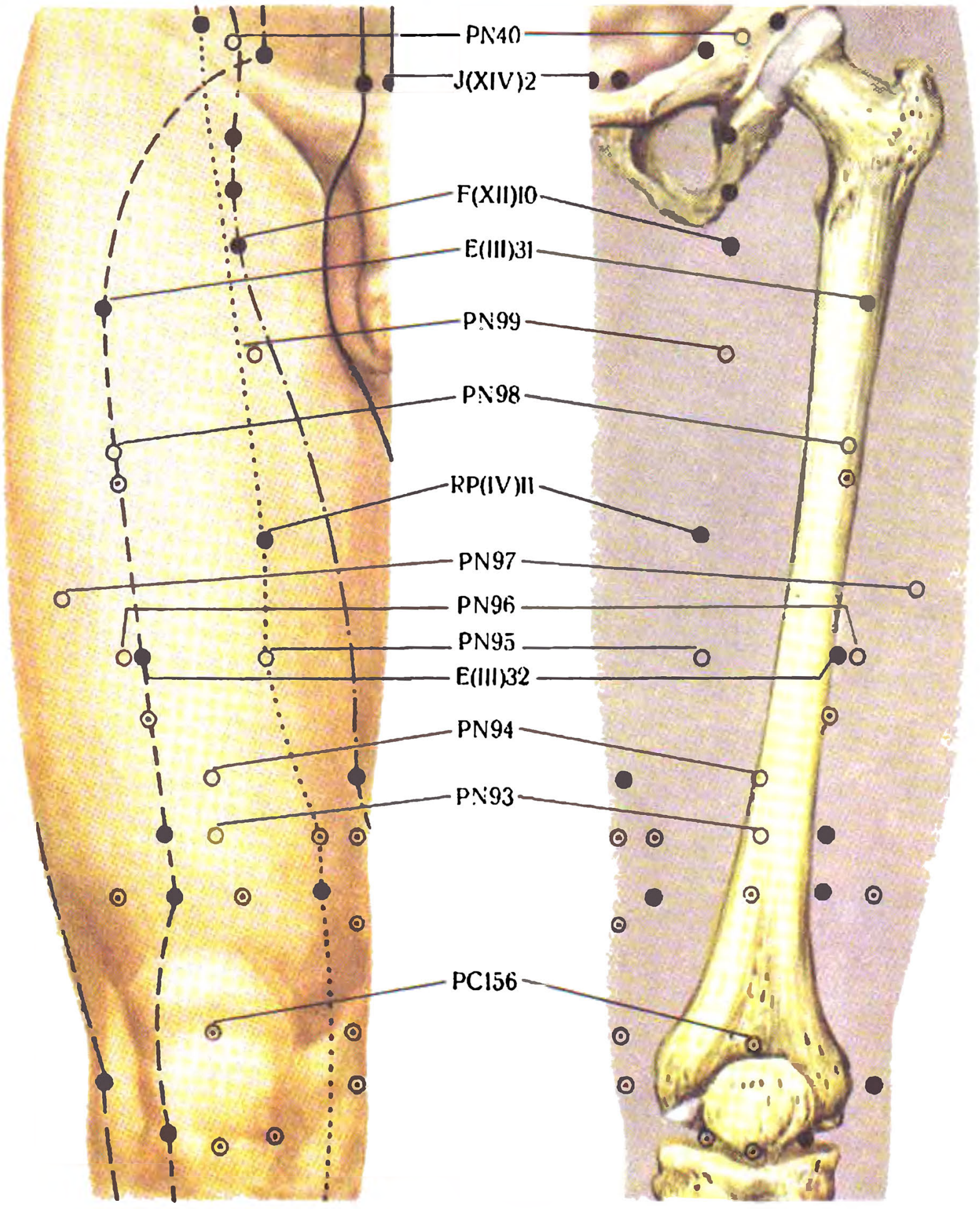


Рис. 205. Проекции точек акупунктуры PN40, PN93—PN99 в области нижней конечности.

Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: те же, что для воздействия на точку PN101 (чжи-ли).

PN103 (инь-шан)

Топография: на 2 цуня выше точки V(VII)37 (инь-мэнь) (см. рис. 206).
Техника: укол прямой, глубина около 20 мм.
Показания: головная боль, боль в шейно-затылочной области, спине, пояснице, по задненаружной поверхности нижней конечности.

PN104 (инь-кан)

Топография: на 1,5 цуня кнутри от точки V(VII)36 (чэн-фу) (см. рис. 206).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN105 (хоу-сюе-хай)

Топография: на внутренней поверхности бедра, на 1,5 цуня кзади от точки RP(IV)10 (сюе-хай) (рис. 207).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: болезнь Литтля, нижний спастический парапарез.

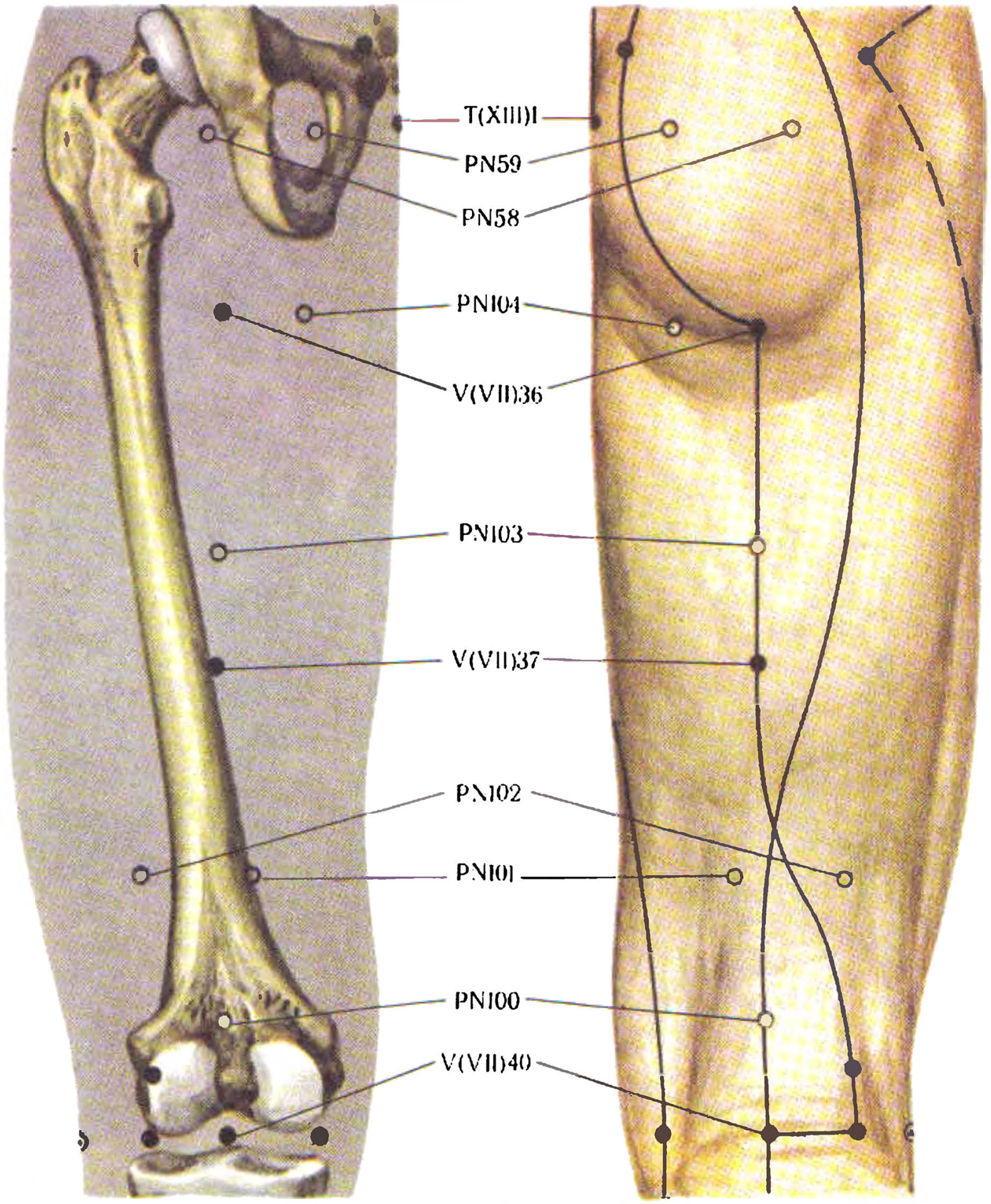


Рис. 206. Проекции точек акупунктуры PN58, PN59, PN100—PN104 в области нижней конечности.

PN106 (цзе-цзянь)

Топография: на 4 цуня выше точки PN105 (хоу-сюе-хай) (см. рис. 207).
Техника: укол прямой, глубина 10—30 мм.
Показания: болезнь Литтля.

PN107 (хоу-ян-гуань)

Топография: на 1 цунь кзади точки VB(XI)33 (цзу-ян-гуань) (рис. 208).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: боль в коленном суставе, последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN108 (шан-ян-гуань)

Топография: на 1 цунь выше точки VB(XI)33 (цзу-ян-гуань) (см. рис. 208).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы.

PN109 (шан-фэн-ши)

Топография: на 2 цуня выше точки VB(XI)31 (фэн-ши) (см. рис. 208).
Техника: укол прямой, глубина 10—20 мм.
Показания: гемиплегия, ишиалгия, последствия перинатальных повреждений нервной системы.

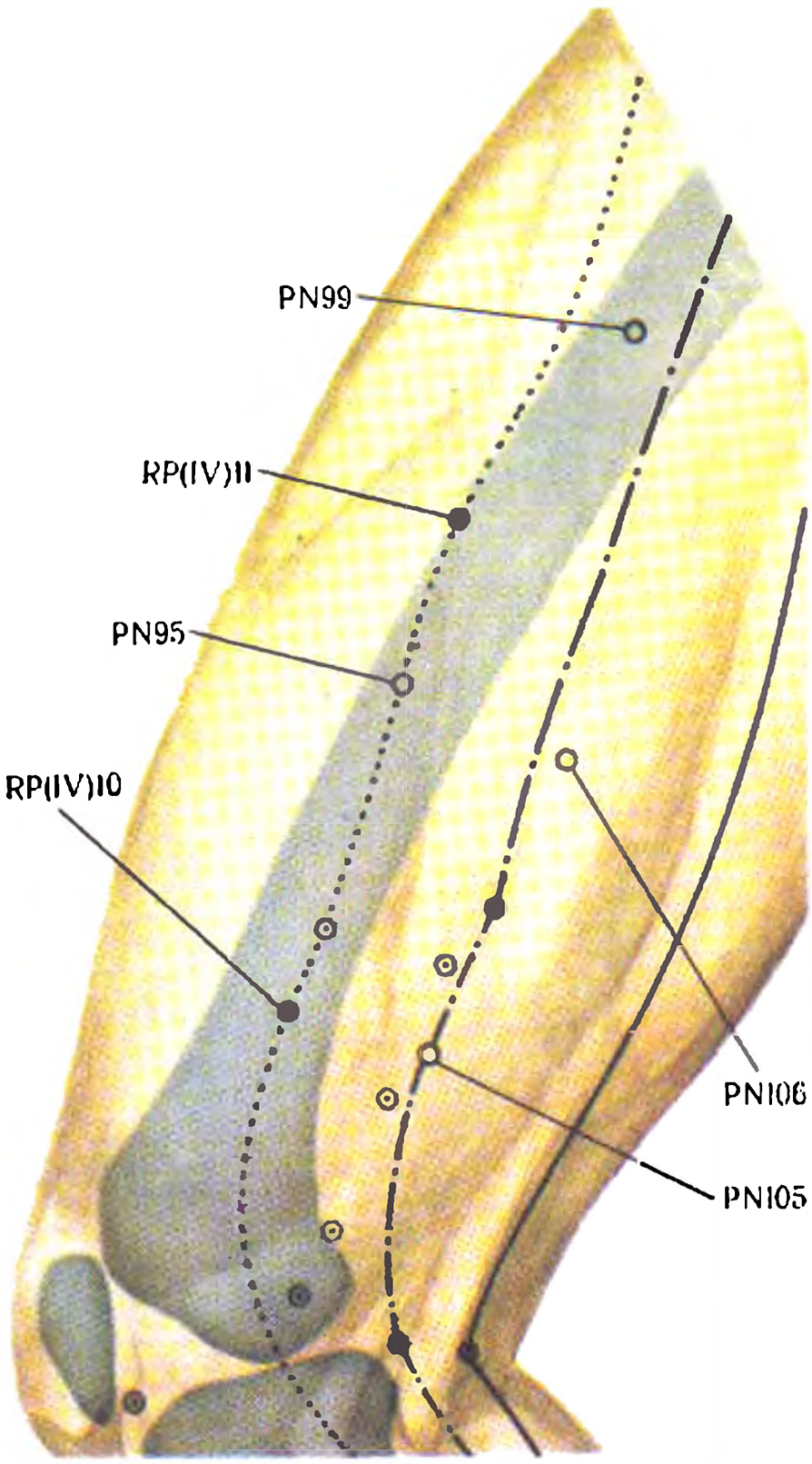


Рис. 207. Проекции точек акупунктуры PN95, PN99, PN105, PN106 в области бедра.

PN110 (цянь-цзинь)

Топография: на 2,5 цуня выше точки VB(XI)31 (фэн-ши) (см. рис. 208).

Техника: укол прямой, глубина 15—25 мм.

Показания: последствия перинатальных повреждений нервной системы.

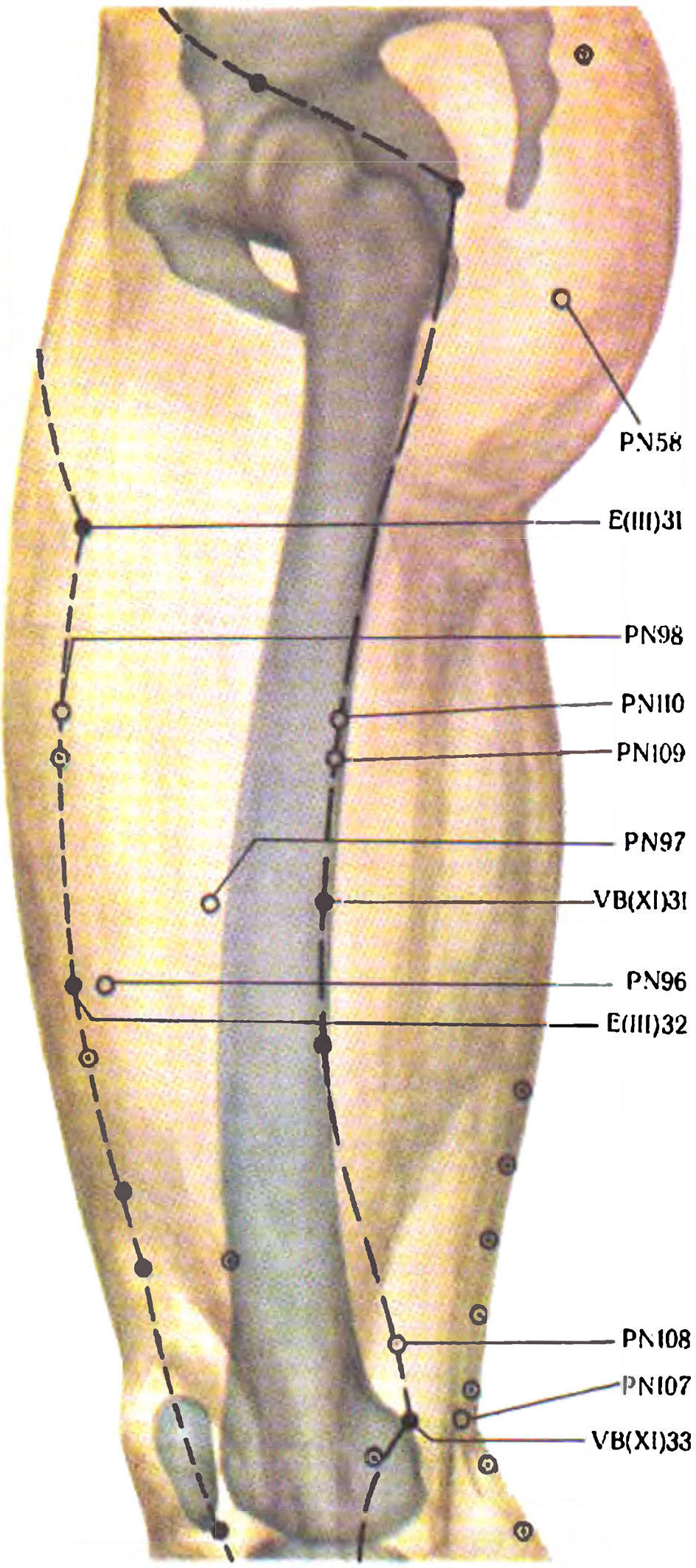


Рис. 208. Проекции точек акупунктуры PN58, PN96—PN98, PN107—PN110 в области нижней конечности.

ГЛАВА 3

АУРИКУЛЯРНЫЕ АКУПУНКТУРНЫЕ ЗОНЫ

Использование акупунктурной системы ушной раковины занимает все большее место при разнообразных функциональных нарушениях, при купировании болевых синдромов и стрессовых состояний. Принципы аурикулярной рефлексотерапии предполагают также возможность ее применения в качестве диагностической системы (рис. 209), дополняющей общепринятые методы клинической диагностики. Во многих случаях эффективность аурикулярной рефлексотерапии выше корпоральной, особенно при обезболивании. Современные представления о механизмах лечебного действия аурикулотерапии прежде всего опираются на анатомо-физиологические и онтофилогенетические особенности ушной раковины и ее иннервации (Р. А. Дуриян, 1982).

Анатомически ушная раковина (рис. 210, 211) представляет собой своеобразно изогнутую хрящевую пластинку, покрытую надхрящницей и кожей. Нижняя часть ушной раковины — долька, или мочка (lobulus auriculae),— лишена хряща и состоит из кожи и подкожно-жировой клетчатки. Воронкообразно суживаясь в медиальном направлении, ушная раковина переходит непосредственно в наружный слуховой проход (meatus acusticus externus), к височной кости крепится тремя связками. Мышцы ушной раковины (хорошо развитые у некоторых животных) у человека носят рудиментарный характер.

Валикообразно завернутый свободный край хрящевой пластинки уха называется завитком (helix), началом его является ножка завитка (crus helicis), которая расположена над наружным слуховым отверстием (porus acusticus externus) и разделяет раковину уха (concha auriculae) на две неравные части: верхнюю, меньшую — челнок (чашу) раковины (cymba conchae) и нижнюю, большую — полость раковины (cavum conchae). Завиток, соединяясь с мочкой уха (примерно на уровне нижнего края наружного слухового отверстия), заканчивается заостренной книзу частью — хвостом (cauda helicis). В верх-

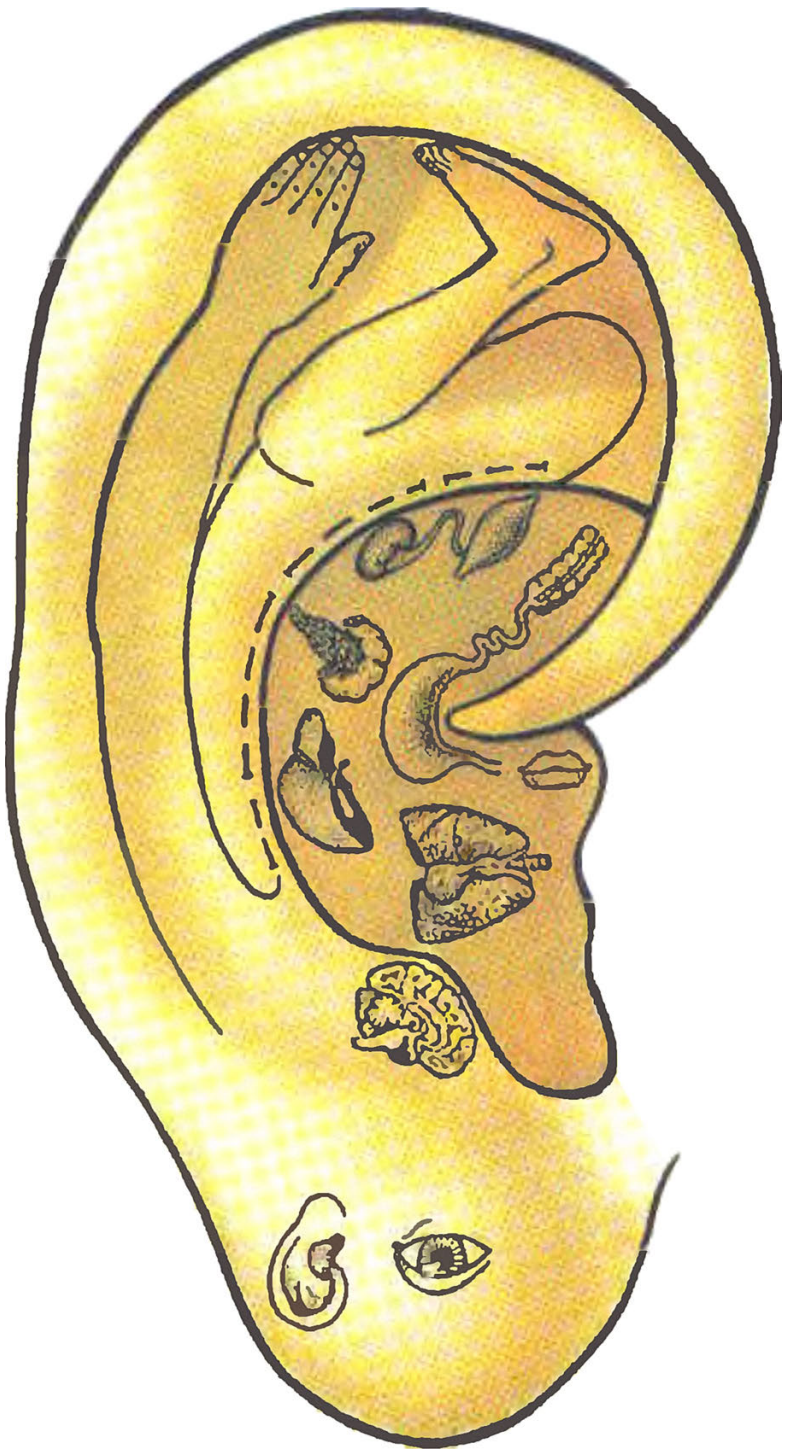


Рис. 209. Проекции внутренних органов и частей тела на ушной раковине.

ней задней части (в месте перехода верхнего участка в нижний) завиток содержит более или менее постоянное утолщение — бугорок ушной раковины (дарвинов бугорок) (tuberculum auriculae).

Параллельно завитку по периметру раковины уха проходит второй валик, называемый противозавитком (anthelix). Между ним и завитком расположено желобообразное углубление — ладья (scapha). Противозавиток начинается в нижней части уха, у границы с противокозелком и отделен от него задней бороздой ушной раковины (sulcus auriculae posterior). В верхней части уха противозавиток, дугообразно загибаясь кпереди, делится на две ножки: верхнюю и нижнюю (crura anthelicis

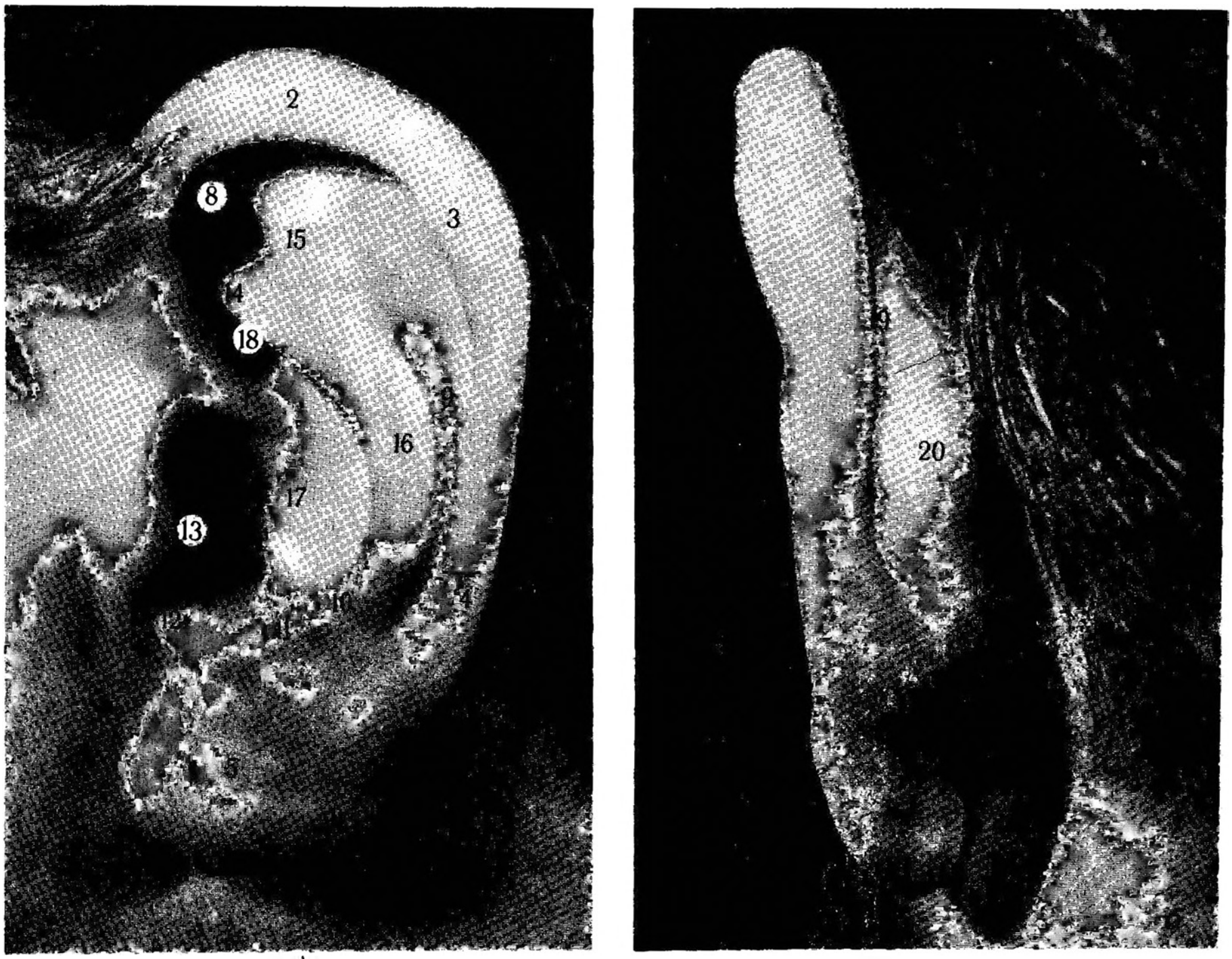


Рис. 210. Анатомия ушной раковины:
а — передняя поверхность; *б* — задняя поверхность; *1* — ножка завитка; *2* — завиток; *3* — бугорок ушной раковины (дарвинов бугорок); *4* — хвост завитка; *5* — долька ушной раковины (мочка); *6* — козелок; *7* — передняя вырезка (уха); *8* — треугольная ямка; *9* — ладья; *10* — задняя борозда ушной раковины; *11* — противокозелок; *12* — межкозелковая вырезка; *13* — наружное слуховое отверстие; *14, 15* — ножки противозавитка (верхняя и нижняя); *16* — противозавиток, *17* — полость раковины; *18* — челнок раковины; *19* — ямка противозавитка; *20* — возвышение раковины.

superior et inferior), между которыми находится треугольная ямка (fossa triangularis).

Противокозелок (antitragus), расположенный выше мочки уха, представляет собой хорошо контурирующее выпуклое образование, узкой частью вдающееся в полость раковины. Отделяется от козелка (tragus), который в виде пластинчатого выступа находится кпереди от наружного слухового отверстия, межкозелковой вырезкой (incisura intertragica). Сверху границей между козелком и ножкой завитка является передняя вырезка (уха) (incisura anterior (auris).

Задняя поверхность ушной раковины (см. рис. 210, *б*; 211, *б*) лишь в слабой степени отражает сложный рельеф передней. Наиболее заметны выпуклые контуры раковины уха и рядом лежащая вертикальная борозда, соответствующая противозавитку.

Кровоснабжение ушной раковины (рис. 212) осуществляется из бассейна наружной сонной артерии (a. carotis externa):

поверхностная височная артерия (a. temporalis superficialis) — проходит впереди уха и отдает к ушной раковине 3 (иногда больше) передние ушные ветви (rr. auriculares anteriores), которые кровоснабжают мочку уха, козелок, часть завитка и наружного слухового прохода;

задняя ушная артерия (a. auricularis posterior) — отходит непосредственно от наружной сонной артерии, располагаясь на височной кости за ушной раковиной. В васкуляризации ушной раковины участвуют ее две крупные ветви: ушная ветвь (r. auricularis), снабжающая кровью преимущественно переднюю, и затылочная ветвь (r. occipitalis) — заднюю поверхность уха;

затылочная артерия (a. occipitalis) — на уровне сосцевидного отростка отдает к зад-

ней поверхности ушной раковины длинную ушную ветвь (r. auricularis), анастомозирующую с ветвями задней ушной и поверхностной височной артерии, а также с другими ветвями затылочной артерии;

верхнечелюстная артерия (a. maxillaris) — в начальных отделах отдает к уху небольшую ветвь — глубокую ушную артерию (a. auricularis profunda), которая кровоснабжает преимущественно область наружного слухового прохода.

Венозный отток от ушной раковины осуществляется в основном за счет поверхностной височной (v. temporalis superficialis) и задней ушной (v. auricularis posterior) вен, которые обычно идут вместе с одноименными артериями.

Большое значение имеет знание путей лимфооттока [1]. Лимфа с передней поверх-

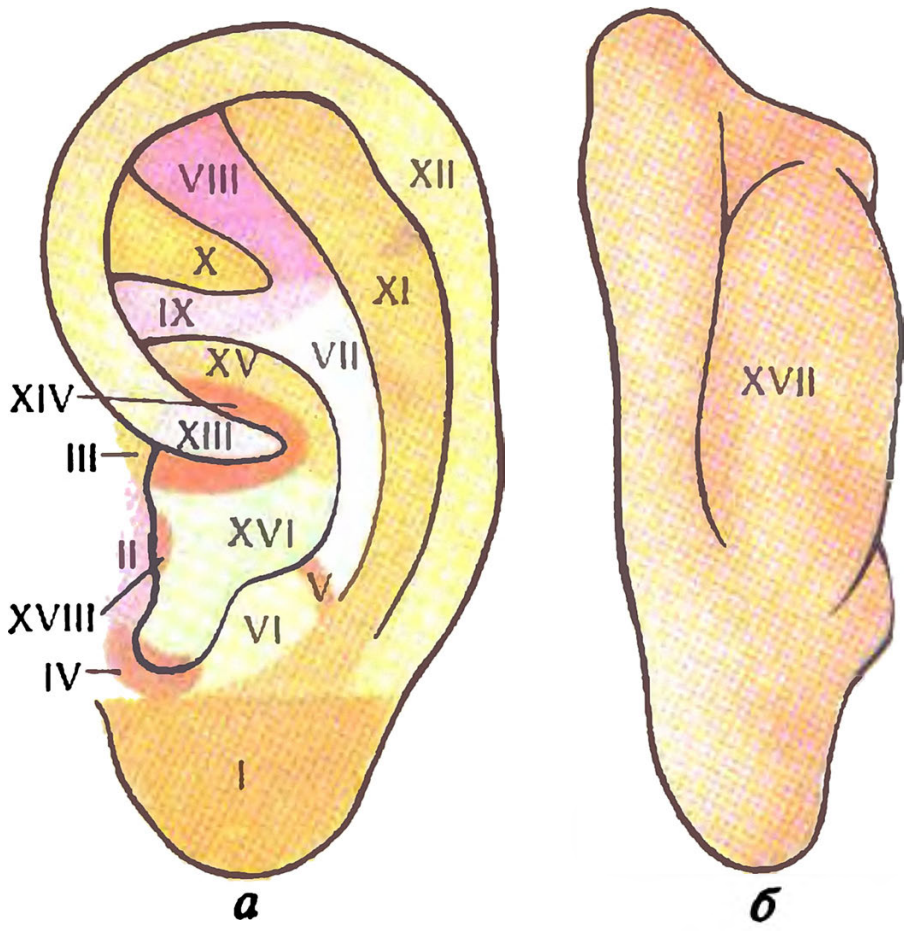


Рис. 211. Анатомические зоны ушной раковины:
а — передняя поверхность, *б* — задняя поверхность; I — мочка уха, II — козелка, III — передней ушной вырезки (борозды), IV — межкозелковой вырезки, V — задней ушной бороздки, VI — противокозелка, VII — противозавитка, VIII — верхней ножки противозавитка, IX — нижней ножки противозавитка, X — треугольной (трехсторонней) ямки, XI — ладьевидной ямки, XII — завитка, XIII — ножки завитка, XIV — прилежащая к ножке завитка, XV — чаши раковины, XVI — полости раковины, XVII — задней поверхности ушной раковины, XVIII — наружного слухового прохода

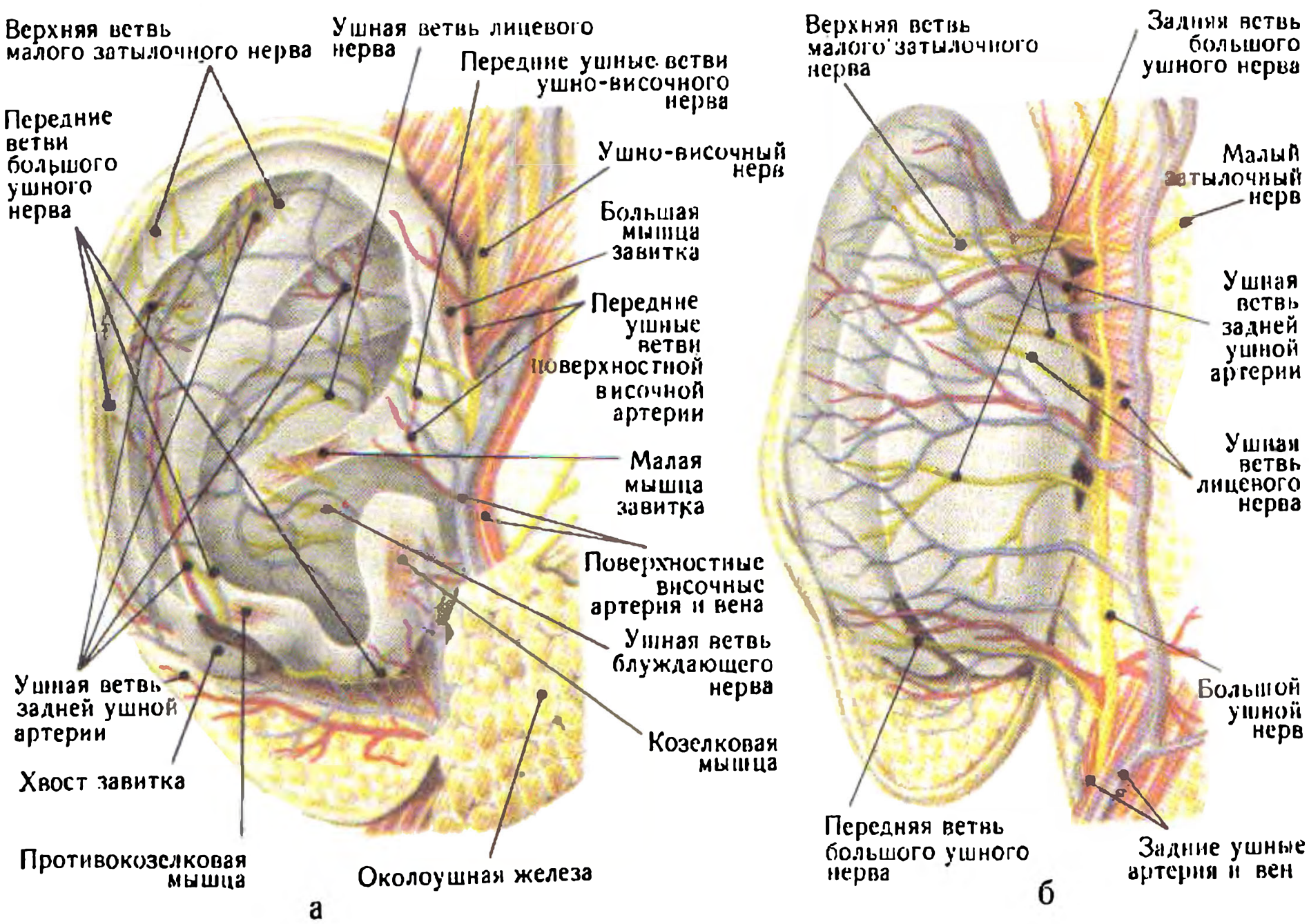


Рис. 212. Иннервация и кровоснабжение ушной раковины:
а — передняя поверхность; *б* — задняя поверхность

[1] Как осложнение вследствие заноса инфекции при иглоукалывании иногда возникает перихондрит ушной раковины. В тяжелых случаях между хрящом и надхрящницей образуется гнойный экссудат, хрящ некротизируется, ушная раковина сморщивается. На мочку процесс не распространяется, так как она лишена хряща. Первые признаки воспалительного процесса можно выявить по реакции лимфатических узлов ушного бассейна.

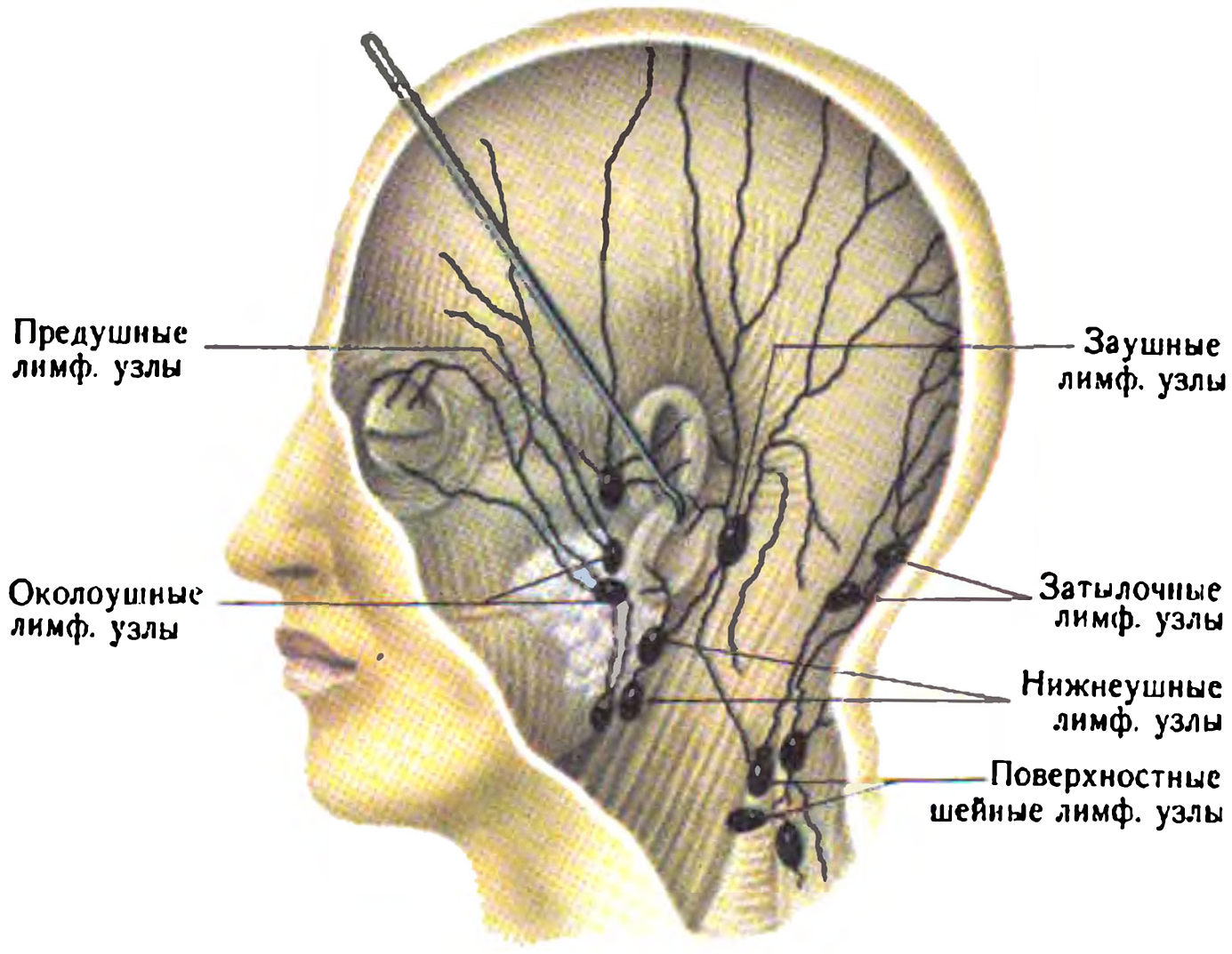


Рис. 213. Пути лимфооттока с ушной раковины.

ности ушной раковины оттекает в предушные лимфатические узлы (nodi lymphatici preauriculares) (рис. 213), расположенные кпереди и кверху от козелка; с дольки ушной раковины (мочки) и нижней поверхности наружного слухового прохода — в нижнеушные (nodi lymphatici infraauriculares), с задней поверхности — в заушные (nodi lymphatici retroauriculares) позади ушной раковины. Лимфоотток осуществляется также в другие лимфатические околоушные узлы (nodi lymphatici parotidei).

Сложность и многообразие чувствительной иннервации ушной раковины делает ее уникальной областью поверхности человеческого тела. Здесь представлены спинномозговые и черепные нервы:

1. Нервы шейного сплетения (C_2 — C_3) — plexus cervicalis.

Большой ушной нерв (n. auricularis magnus) берет начало от III шейного нерва, направляется к заднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы и, поднимаясь вверх к ушной раковине, делится на 2 ветви — переднюю (r. anterior) и заднюю (r. posterior). Передняя ветвь иннервирует почти всю заднюю поверхность ушной раковины, переходя на переднюю поверхность — большую часть мочки, завитка, ладьи, противозавитка, противокозелка, треугольной ямки, края раковины уха. Задняя ветвь большого ушного нерва иннервирует заднюю поверхность ушной раковины, а также часть завитка, противозавитка, треугольной ямки.

Малый затылочный нерв (n. occipitalis minor) начинается от II и III шейных нервов. Располагаясь кзади от большого ушного нерва, отдает 2 ветви к ушной раковине — верхнюю (r. superior) и нижнюю (r. inferior). Верхняя ветвь малого затылочного нерва иннервирует верхние отделы задней поверхности ушной раковины, а на передней поверхности — часть завитка и треугольной ямки. Нижняя ветвь иннервирует остальную часть задней поверхности и, проникая на переднюю,— часть завитка и ладьи.

2. Тройничный нерв (V пара черепных нервов) — n. trigeminus.

Ушно-височный нерв (n. auriculotemporalis), отходя от ствола нижнечелюстного нерва (n. mandibularis) — третьей ветви тройничного нерва, направляется кзади и кверху. К ушной раковине отдает несколько ветвей: нерв наружного слухового прохода (n. meatus acustici externi), который иннервирует кожу передней и передневерхней части наружного слухового прохода, ножку завитка и челнок раковины; передние ушные ветви (nn. auriculares anteriores), иннервирующие козелок, треугольную ямку, противозавиток, часть завитка и ладьи, а также передневерхние отделы мочки уха. Со-

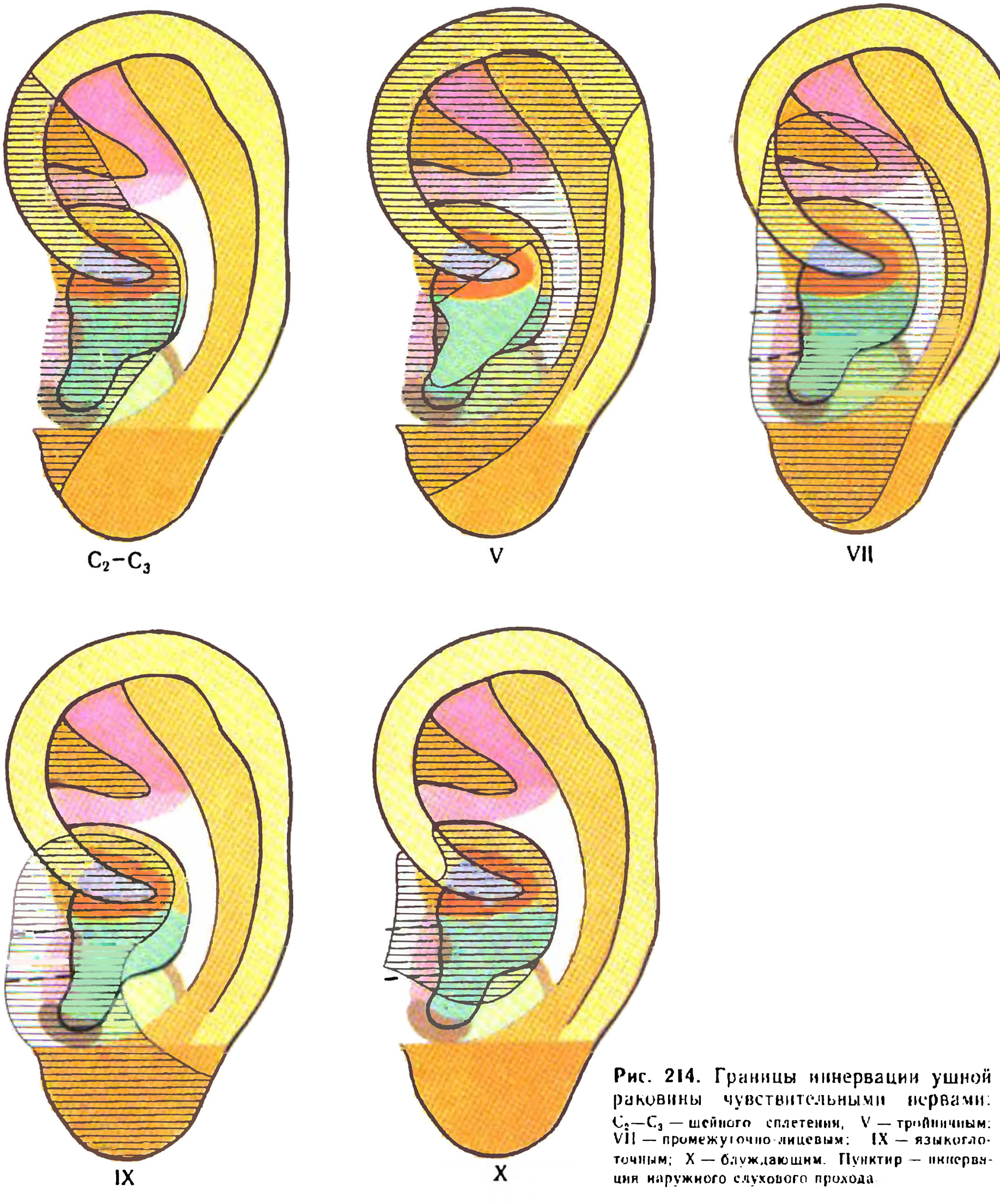


Рис. 214. Границы иннервации ушной раковины чувствительными нервами: C_2—C_3 — шейного сплетения, V — тройничным; VII — промежуточно-лицевым; IX — языкоглоточным; X — блуждающим. Пунктир — иннервация наружного слухового прохода.

единяется ветвями с промежуточно-лицевым нервом (rr. communicantes cum n. faciali).

3. Лицевой (промежуточно-лицевой) нерв (VII пара черепных нервов) — n. facialis (n. intermedio-facialis).

В иннервации ушной раковины участвуют волокна промежуточного нерва (n. intermedius — Wrisbergi): соединительные ветви лицевого нерва с ушно-височным и соединительная ветвь лицевого нерва с ушной ветвью блуждающего нерва — r. communicans (cum r. auriculari n. vagalis), которые иннервируют на передней поверхности козелок, раковину уха, противозавиток, треугольную ямку, большую часть мочки уха, частично наружный слуховой проход, на задней поверхности — область проекции раковины уха.

4. Языкоглоточный нерв (IX пара черепных нервов) — n. glossopharyngeus.

Ветвь языкоглоточного нерва — r. communicans (cum r. auriculari n. vagalis) на уровне яремного отверстия черепа (for. jugulare) присоединяется к ушной ветви

блуждающего нерва и иннервирует на передней поверхности уха наружный слуховой проход, треугольную ямку, мочку, бо́льшую часть раковины уха, на задней поверхности — область проекции раковины уха, мочку. Анастомозирует также с ушно-височным нервом (r. communicans cum n. auriculotemporali).

5. Блуждающий нерв (X пара черепных нервов) — n. vagus.

Ушная ветвь (r. auricularis) отходит в области яремного отверстия черепа и соединяется здесь ветвями с языкоглоточным нервом — rr. communicans (cum r. auricolari n. vagalis, cum n. glossopharyngeo). Далее следует кзади и кверху по наружной поверхности внутренней яремной вены (v. jugularis interna) и вступает в сосцевидный каналец (canaliculus mastoideus), в толще пирамиды височной кости анастомозирует с ветвями лицевого нерва (см. выше). Выйдя через барабанно-сосцевидную щель (fissura tympanomastoidea), направляется с медиальной стороны к ушной раковине, где делится на 2 ветви, которые иннервируют на передней поверхности раковину уха, козелок, треугольную ямку, ножку завитка, частично наружный слуховой проход, на задней поверхности — преимущественно область проекции раковины уха.

Границы иннервации ушной раковины этими нервами показаны на рис. 214. Нервы шейного сплетения, иннервирующие ушную раковину, посредством соединительных ветвей соединяются с симпатическим стволом (truncus sympathicus), преимущественно с верхним шейным узлом (ganglion cervicale superius trunci sympathici).

Исключительное разнообразие иннервации ушной раковины объясняется ее происхождением из жаберного аппарата (Р. А. Дурнян, 1982). Связи аурикулярных афферентных волокон с ретикулярными, гипоталамическими, таламокортикальными и лимбическими системами и их взаимодействие с афферентными импульсами от внутренних органов и покровов тела на всех уровнях организации сенсорных систем мозга обеспечивают акупунктурные эффекты с аурикулярных зон. Указанное взаимодействие в виде афферентных перекрытий на различных уровнях центральной нервной системы обусловливает представительство на ушной раковине отраженной висцеросоматической чувствительности большинства органов и областей тела.



Рис. 215. Проекционные зоны соматической чувствительности отдельных участков тела.

Топография проекций соматической чувствительности отдельных участков тела схематически показана на рис. 215[1]. Величина кружочков в определенной степени отражает сенсорное представительство зоны в центральной нервной системе (например, лицо, кисть, стопа по сравнению с другими областями в коре большого мозга занимают значительно бо́льшую площадь). В соматосенсорных зонах представлены различные виды чувствительности: не только поверхностной, кожной, но и глубокой — мышечной, суставной, периостальной. Зоны проекций соматической чувствительности верхней конечности в основном соответствуют ладье, нижней конечности — верхней ножке противозавитка, туловища — противозавитку, причем зоны передней поверхности туловища расположены по краю про-

[1] Схемы разработаны Р. А. Дурняном (1982) в соответствии с современными нейроанатомическими и нейрофизиологическими данными. Предложена также система угловых координат ушной раковины, в какой-то мере облегчающая ориентацию в расположении акупунктурных зон в каждом конкретном случае. Нулевая вертикаль, или вертикальная ось, уха проходит вверху через вершину ушной раковины, внизу — через середину мочки. Остальные угловые координаты проводятся через каждые 30° с центром в месте пересечения вертикальной оси с корнем завитка. Середина бугорка ушной раковины (дарвинова) обычно соответствует координате 30°.

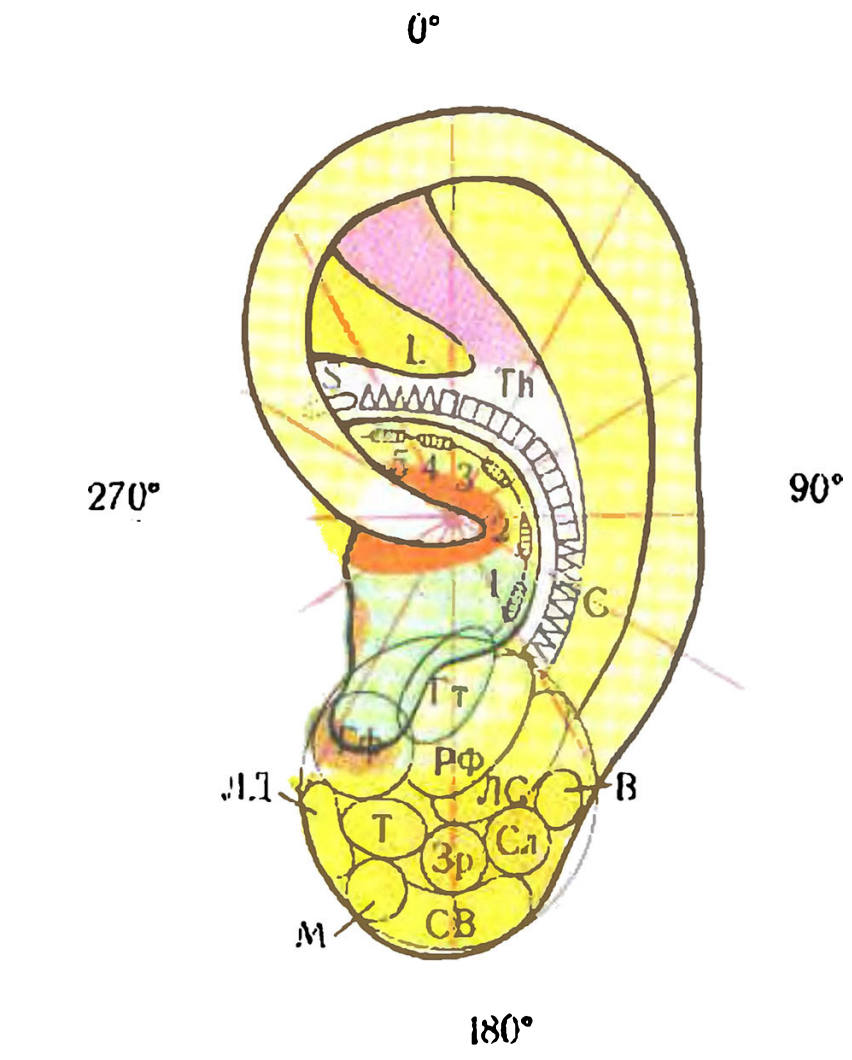


Рис. 216. Проекционные зоны отдельных структур нервной системы:

сегменты и корешки спинного мозга: С, Th, L, S; основные вегетативные узлы: *1* — верхний шейный, *2* — шейно-грудной (звездчатый), *3* — брюшной (солнечный), *4* — брюшной нижний, *5* — тазовый;

краниальные отделы: Гф — гипофиз, Гт — гипоталамус, Т — таламус, РФ — ретикулярная формация, ЛС — лимбическая система, ЛД — лобная доля;

корковые проекционные зоны: М — моторная, Зр — зрительная, Сл — слуховая, СВ — соматовисцеральная, В — вестибулярная.

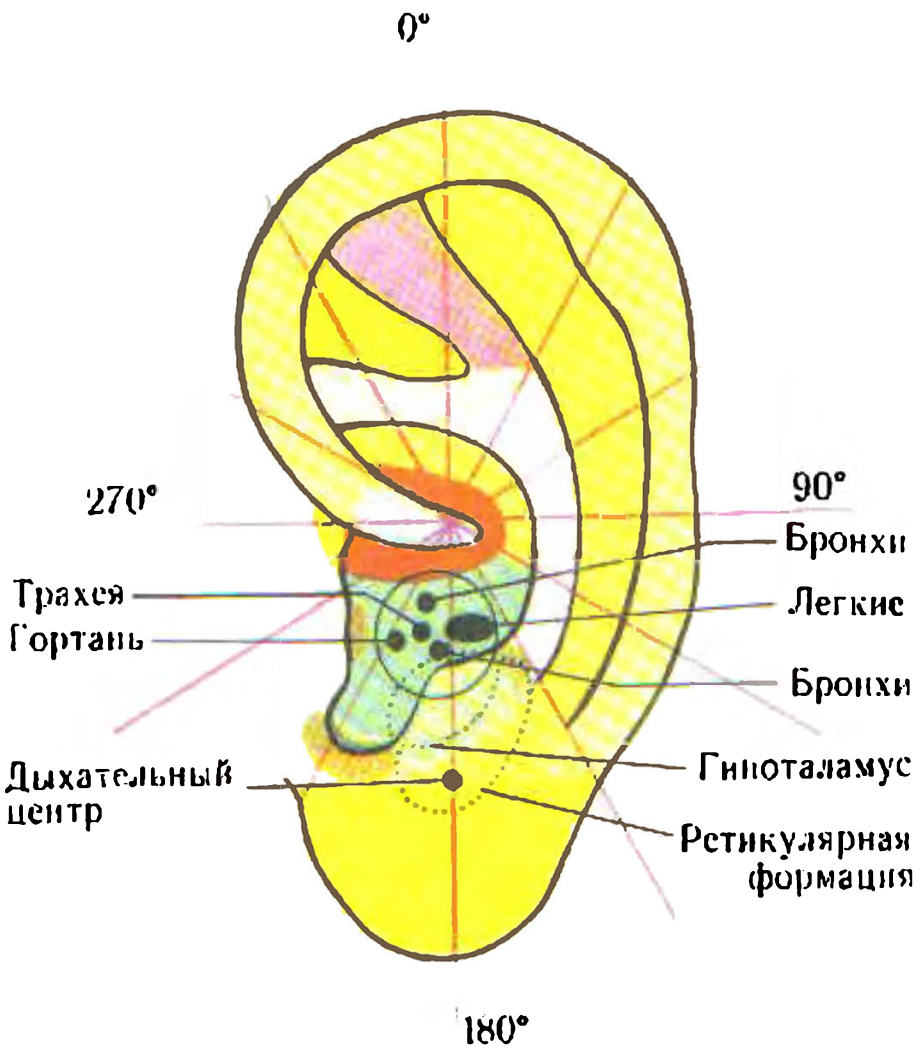


Рис. 217. Проекционные зоны и точки дыхательной системы.

тивозавитка, обращенному к ладье, а зоны задней поверхности — к раковине уха. Чувствительные проекции лица и головы соответствуют мочке и противокозелку.

На рис. 216 показана локализация аурикулярных проекций определенных структур нервной системы (спинномозговых, стволовых, таламокортикальных). На поверхности противозавитка, граничащей с раковиной уха, представлены сенсорные проекции спинномозговых сегментов, имеющих отношение как к соматической поверхностной и глубокой чувствительности, так и к висцеральной. Поэтому при висцеральной боли необходимо стимулировать не только локальные, отвечающие пораженным органам зоны, но и проекции соответствующих сегментов. Непосредственно по краю противозавитка со стороны раковины уха представлены проекции вегетативных узлов.

Аурикулярные проекции, отражающие функции стволовых структур центральной нервной системы (ретикулярная формация, гипоталамус), сосредоточены в основном в области противокозелка, таламокортикальные — преимущественно в области мочки. Корковые соматовисцеральные зоны, расположенные на мочке, также должны использоваться при патологии внутренних органов. Стимуляция таламической зоны может применяться для оказания общего эффекта в большинстве случаев аурикулярной рефлексотерапии, особенно при обезболивании.

Проекции дыхательной (рис. 217) и сердечно-сосудистой (рис. 218) систем представлены преимущественно в полости раковины. Стимуляция этих зон должна дополняться стимуляцией зон ретикулярной формации, гипоталамуса и некоторых других зон центральной регуляции этих функций.

Чувствительные проекции органов пищеварения и выделительной системы (рис. 219) соответствуют чаше раковины и зоне, прилегающей к ножке завитка. В области ножки завитка находится зона диафрагмы, название которой условно. Рефлекторные эффекты с этой зоны носят отчетливый характер неспецифической активизации мозга.

Основные зоны эндокринной системы (рис 220) сосредоточены в области межкозелковой вырезки, противозавитка и частично козелка, где предетавлены, прежде всего, гипоталамогипофизарные проекции.

Общий принцип распределения сенсорных проекций сексуальной системы иллюстри-

рует рис. 221. В области треугольной ямки и начальных отделов завитка находятся зоны отраженной чувствительности половых органов.

Аурикулярные зоны у большинства людей (около 90 %) рефлекторно связаны с определенными частями тела гомолатерально. Следовательно, при болевом синдроме справа рекомендуется воздействие на правое ухо, и наоборот. В связи с этим понятно, что на правой ушной раковине проекции печени, как и легкого, соответствуют большей зоне, чем на левой. Проекция сердца справа занимает меньшую зону, чем слева. Желчный пузырь и аппендикс представлены только справа, а поджелудочная железа и селезенка — только слева (рис. 222).

Определение аурикулярных точек акупунктуры должно начинаться с детального осмотра и изучения индивидуальных особенностей ушных раковин. У женщин размеры наружного уха всегда меньше, чем у мужчин. Форма и размеры ушной раковины подвержены возрастным изменениям. Различия между правым и левым ухом обычно значительны даже у практически здоровых лиц. В каждом конкретном случае особое внимание необходимо уделять оценке своеобразия анатомического рельефа ушной раковины, что является определяющим при установлении точной локализации акупунктурных зон и точек. В некоторых случаях тщательный осмотр может иметь значение для диагностики и выявления реактивных зон. При этом в соответствующих зонах обнаруживаются изменения в виде высыпаний, пузырьков, шелушения, необычного цвета кожи и др. (рис. 223).

Важную информацию дает пальпация ушных раковин. Рекомендуется пальпировать сразу две ушные раковины (желательно большим и указательным пальцами, один из которых помещается на передней поверхности, а другой — на задней) по направлению от мочки уха кверху. Параллельно проводится оценка общей чувствительности ушной раковины.

Идентификация аурикулярных точек акупунктуры предполагает выявление зон болевой гиперестезии при помощи небольших зондов или специальных устройств (рис. 224), позволяющих избежать скольжения по ушной раковине давящего предмета. Определение реактивных точек начинается обычно не с самой предполагаемой болезненной зоны, а с зоны, находящейся вблизи нее.

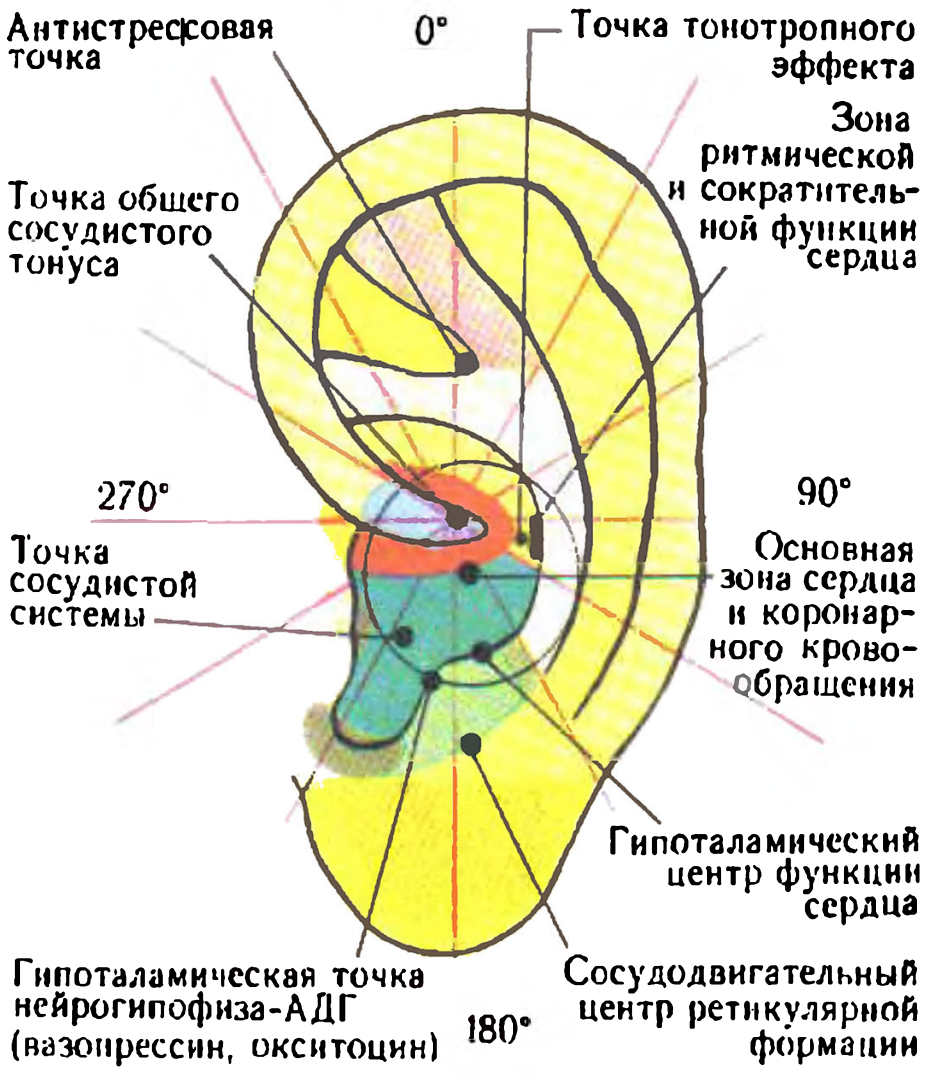


Рис. 218. Проекционные зоны и точки сердечно-сосудистой системы.

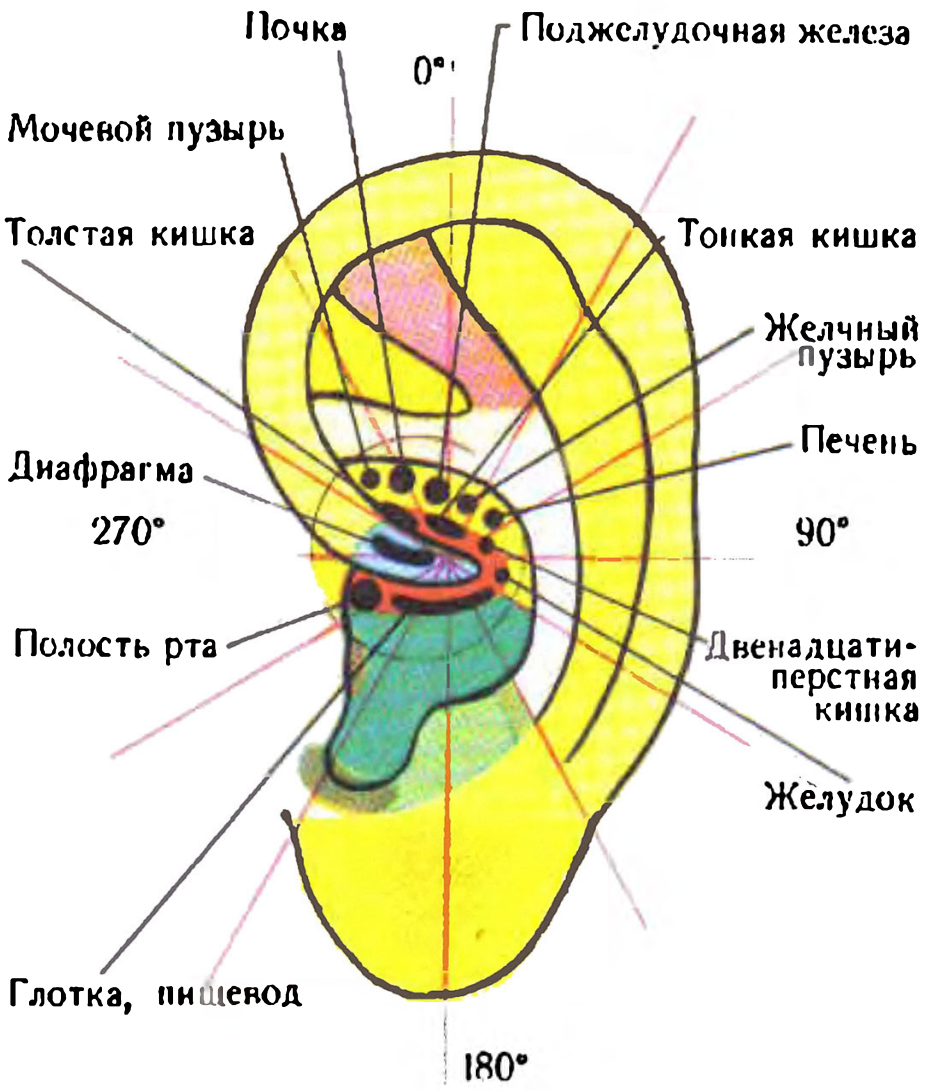


Рис. 219. Проекционные зоны и точки органов пищеварения и выделительной системы.

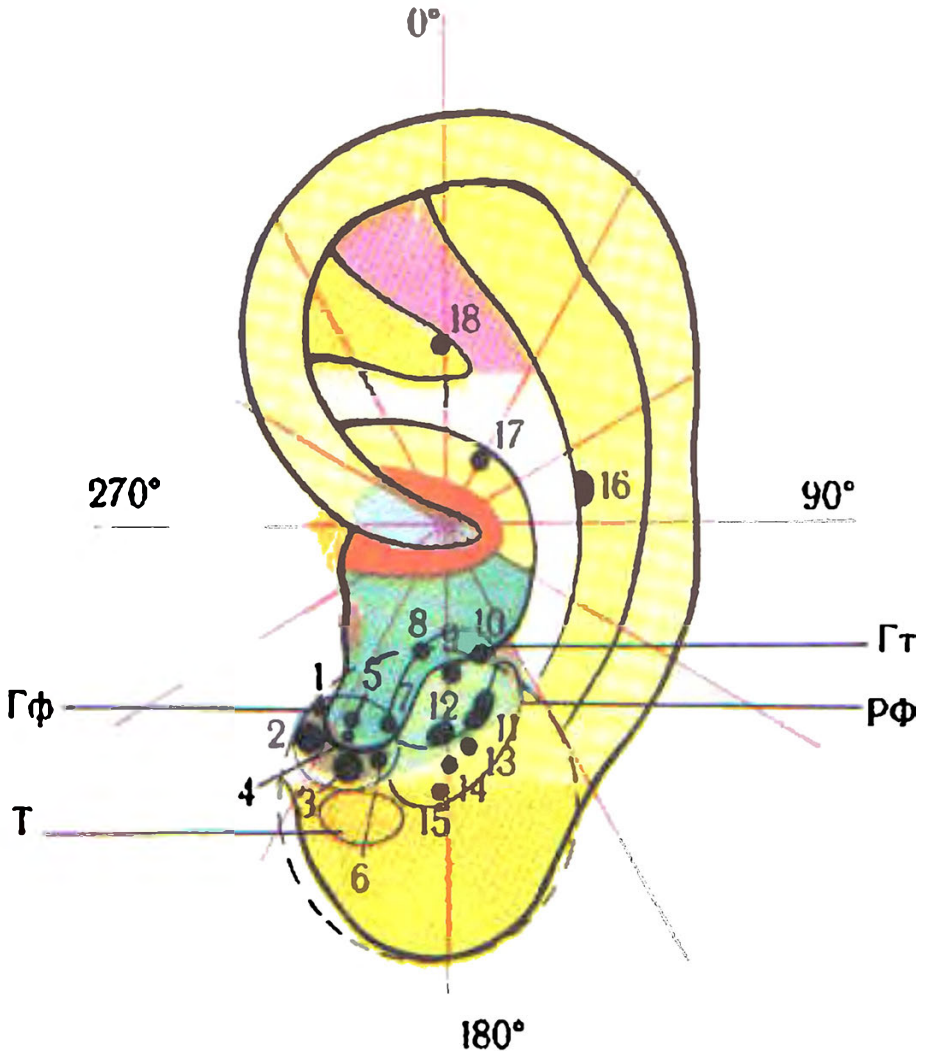


Рис. 220. Проекционные зоны и точки эндокринной системы:

1 — точка терморегуляции (термоотдачи); *2* — аденогипофиз, кора надпочечников — кортикотропин (АКТГ). *3* — аденогипофиз, половые железы — пролактин, фоллитропин и лютропин (ГТГ); *4* — аденогипофиз — соматотропин; *5* — аденогипофиз, щитовидная железа; *6* — основная сексуальная точка (яичники, яички) — гонадотропная система; *7* — нейрогипофиз — окситоцин, вазопрессин (АДГ); *8* — точка сна, снижения обмена веществ, термообразования; *9* — гипоталамический центр терморегуляции (пирогенная точка), *10* - точка сердечного ритма; *11* — зона регуляции тонуса непроизвольной мускулатуры (бронхов, сосудов, кишок); *12* — гипоталамическая точка аденогипофиза — кортикотропин; *13* — ретикулярно-гипоталамическая точка аденогипофиза — ГТГ, *14* — сосудисто-двигательный центр ретикулярной формации; *15* — дыхательный центр ретикулярной формации; *16* — точка лактации, *17* — точка надпочечника; *18* — антистрессовая точка. Гф — гипофиз; Т — таламус; Гт — гипоталамус; РФ — ретикулярная формация

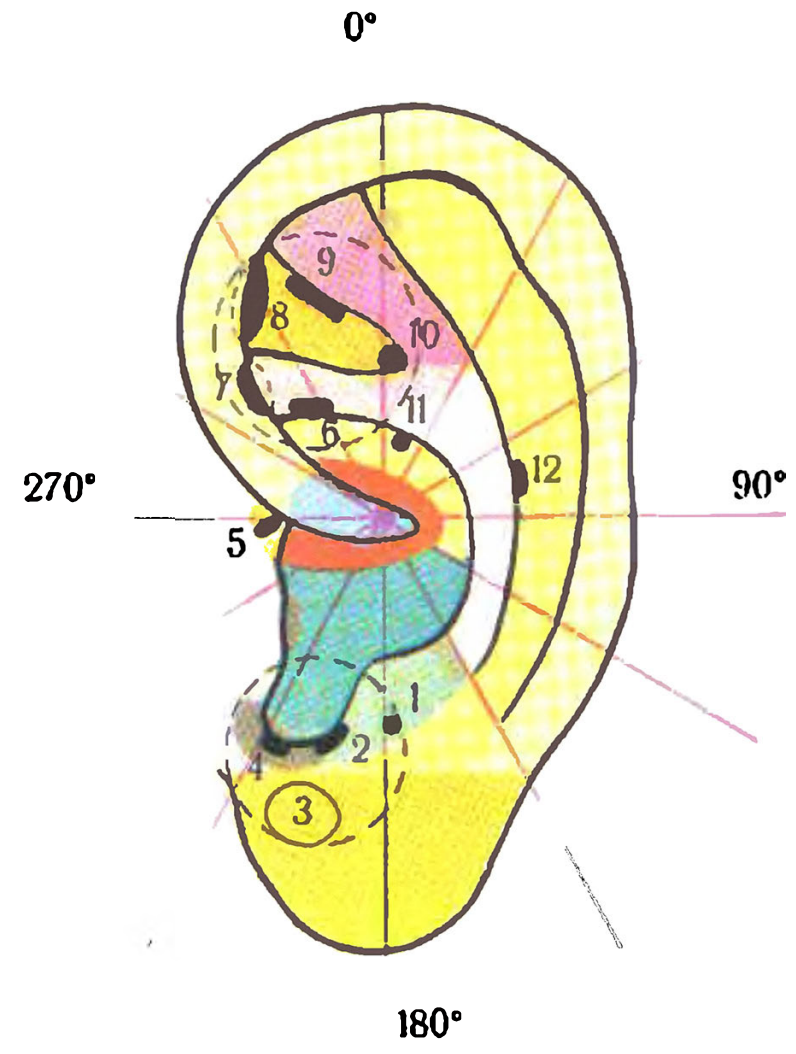


Рис. 221. Проекционные зоны и точки сексуальной системы:

1 — гипоталамическая точка гонадотропной системы; *2* — основная сексуальная точка (яичники, яички) — гонадотропная система; *3* — таламическая зона общей чувствительности; *4* — зона аденогипофиза для активации ГТГ (матка, предстательная железа); *5* — зона наружных половых органов и либидо; *6* — зона сенсорных эффектов на сексуальные функции; *7* — основная зона либидо, *8* — зона яичников, маточных труб, яичек, предстательной железы; *9* — зона сенсорных эффектов на сексуальные функции (паховые складки); *10* — антистрессовая точка; *11* — точка надпочечников; *12* — зона лактации и либидо.

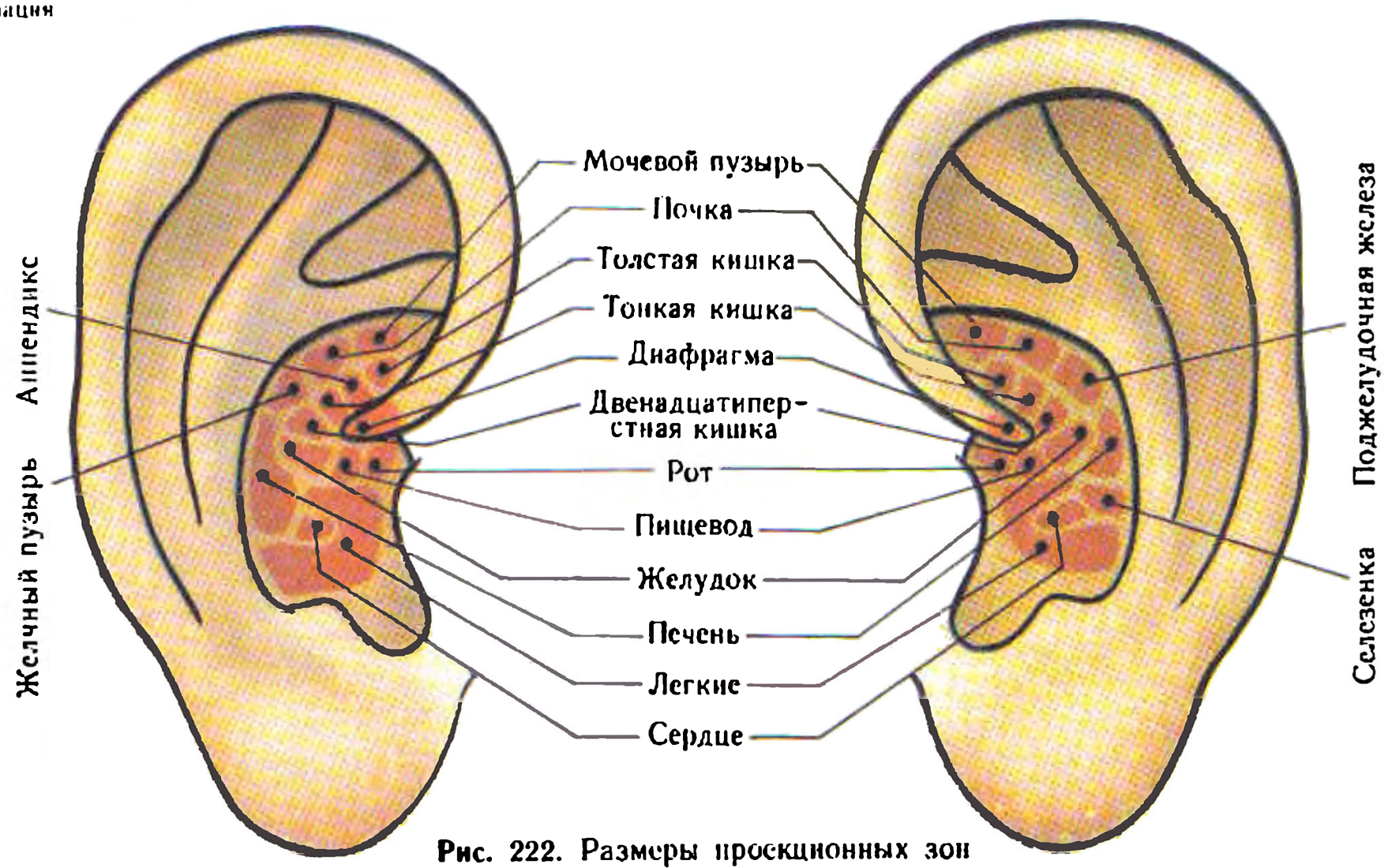


Рис. 222. Размеры проекционных зон внутренних органов на правой и левой ушной раковине.

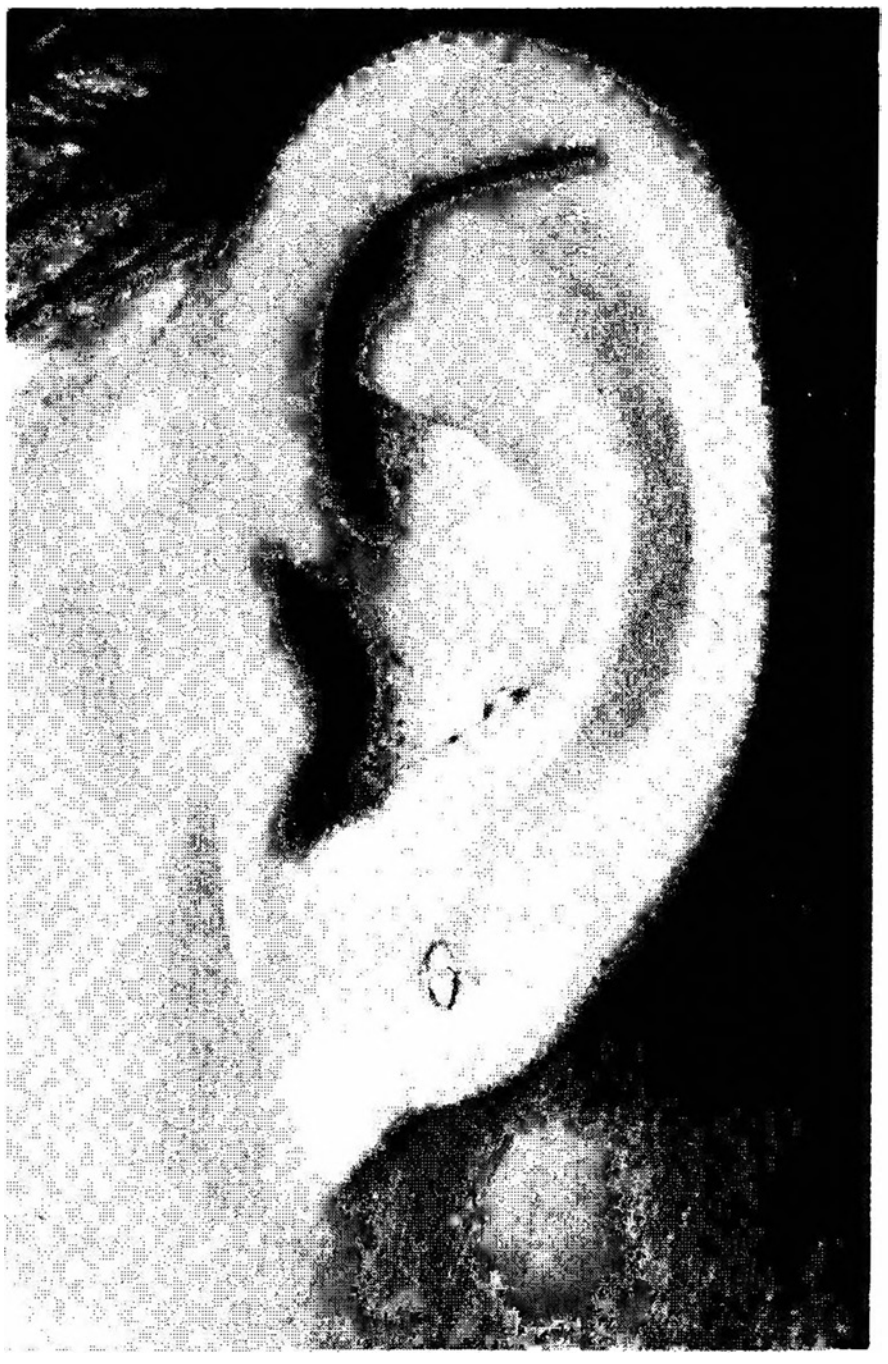


Рис. 223. Шелушение и мацерация в области ладьи и полости раковины уха.



Рис. 224. Идентификация аурикулярных активных зон при помощи специальных устройств.

Так, если предполагается болезненность точки желудка, то определение начинается с зоны пищевода или печени с постепенным приближением к точке желудка. Определение болезненной точки сопровождается, как правило, непроизвольной реакцией, проявляющейся гримасой боли, вздрагиванием, смыканием век, сморщиванием лба, одергиванием головы, прерывистым дыханием и другими проявлениями или же больной словесно подтверждает ее болезненность. Найденную точку маркируют красящим раствором, и определение болезненных точек, при необходимости, продолжают.

Реактивность точек при острых заболеваниях и резко выраженном болевом синдроме повышена, при хронических процессах точки выявляются с трудом. Иногда определяются зоны со сниженной чувствительностью к надавливанию, что обычно свидетельствует о периферических нарушениях.

В некоторых случаях при надавливании определяется множество болезненных точек, что затрудняет выбор зон, необходимых для воздействия. Для дифференциации первичных и вторичных болевых точек рекомендуется массаж ушной раковины в направлении снизу вверх (от мочки к верхушке уха). После проведения такого массажа болезненные точки исчезают, а оставшиеся точки с повышенной чувствительностью являются первичными, дающими значительный лечебный эффект при их стимуляции.

Исследование чувствительности аурикулярных зон к надавливанию может быть дополнено определением тепловой и холодовой чувствительности.

При индикации реактивных зон ушной раковины широкое распространение получили технические устройства, принцип действия которых основан на измерении электропроводности, которая в зоне реактивной точки, как правило, выше, чем в окружающих участках кожи. Иногда электропроводность реактивной точки снижена (сопротивление кожи повышено). Определение биофизических параметров точек акупунктуры открывает возможность количе-

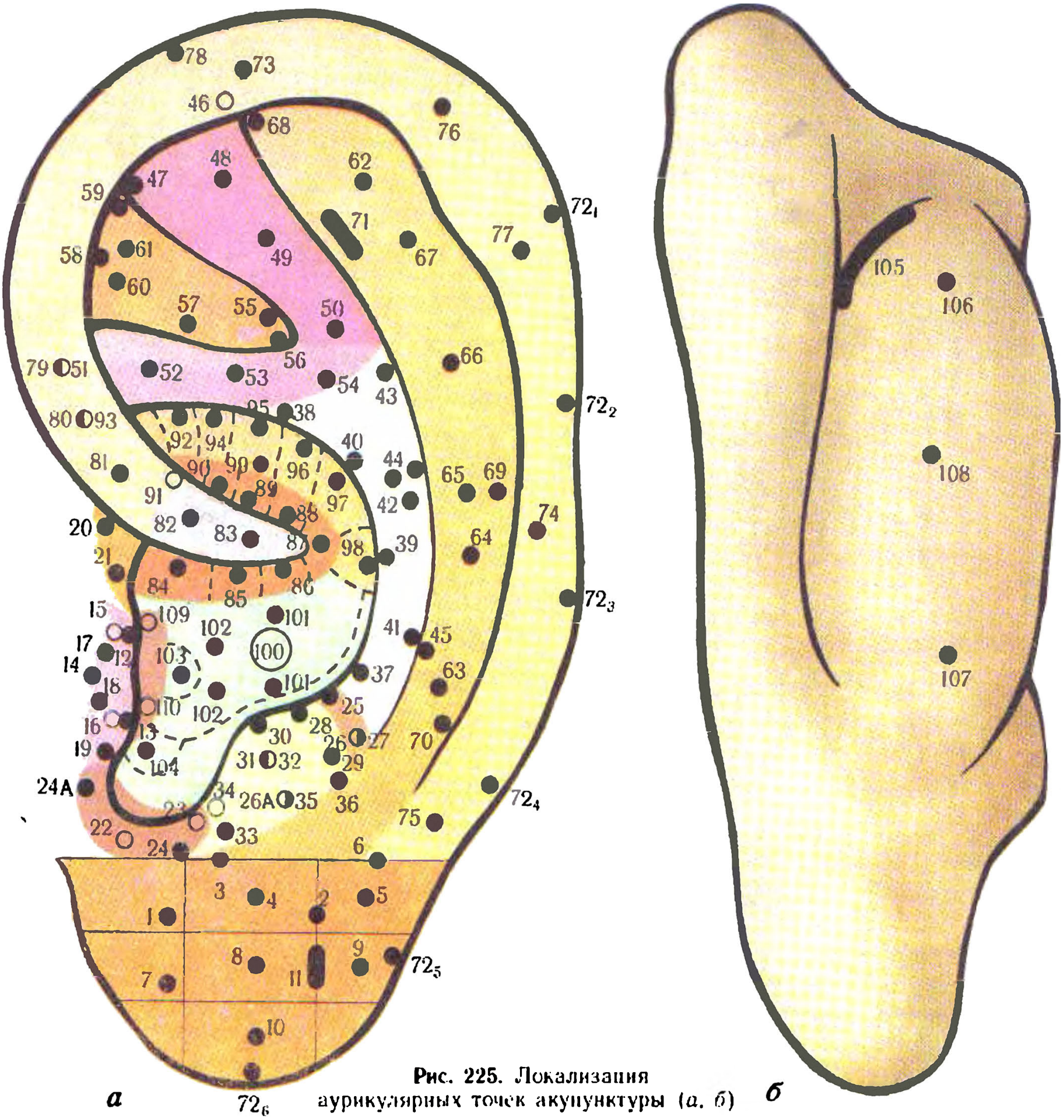


Рис. 225. Локализация аурикулярных точек акупунктуры (*а, б*)

ственной оценки их функционального состояния как в диагностических целях, так и для контроля эффективности лечения. В клинической практике для повышения надежности аппаратные методы сочетаются с обычным прессорным определением аурикулярных точек.

В соответствии с Международной классификацией аурикулярных точек акупунктуры, ниже приводятся их топография и основные показания для применения. В связи со значительными индивидуальными различиями в качестве объекта для нанесения точек акупунктуры использовалась унифицированная ушная раковина со схематическим цветным изображением ее анатомических зон (рис. 225).

Зона мочки уха (I)

Для определения точек акупунктуры зоны мочки уха переднюю поверхность ее условно разбивают на 9 квадрантов (рис. 226).

Сначала непосредственно под нижним краем хряща межкозелковой вырезки проводят горизонтальную линию (верхнюю), на равных расстояниях от нее — еще две горизонтальные линии (среднюю и нижнюю). Затем, разделив верхнюю горизонталь на 3 равные части, опускают 2 перпендикуляра. Нумерация квадрантов спереди назад и сверху вниз.

AP(I)1 (верхняя точка аналгезии при экстракции зубов)

Топография: в задненижнем углу первого квадранта.
Показания: боль зубов верхней челюсти; одна из точек для аналгезии при экстракции зубов верхней челюсти.

AP(I)2 (небо, точка верхней части полости рта)

Топография: во втором квадранте мочки уха, в нижнем отделе его задней вертикальной линии.
Показания: заболевания полости рта, невралгия тройничного нерва, зубная боль.

AP(I)3 (дно полости рта)

Топография: во втором квадранте, в переднем отделе его верхней горизонтальной линии.
Показания: те же, что для воздействия на точку AP(I)2.

AP(I)4 (язык)

Топография: в центре второго квадранта.
Показания: заболевания языка и полости рта.

AP(I)5 (верхняя челюсть)

Топография: в центре третьего квадранта.
Показания: боль зубов верхней челюсти, заболевания полости рта, невралгия тройничного нерва; одна из точек для аналгезии при экстракции зубов.

AP(I)6 (нижняя челюсть)

Топография: в третьем квадранте, посередине его верхней горизонтальной линии.
Показания: боль зубов нижней челюсти, заболевания полости рта и височно-нижнечелюстного сустава, невралгия тройничного нерва; одна из точек для аналгезии при экстракции зубов.

AP(I)7 (нижняя точка аналгезии при экстракции зубов)

Топография: в задненижнем углу четвертого квадранта.
Показания: боль зубов нижней челюсти; одна из точек для аналгезии при экстракции зубов нижней челюсти.

AP(I)8 (глаз)

Топография: в центре пятого квадранта.
Показания: заболевания глаз.



Рис. 226. Акупунктурные точки зоны мочки уха.

AP(I)9 (внутреннее ухо)

Топография: примерно в центре шестого квадранта.
Показания: головокружение, шум в ушах, снижение слуха, синдром Меньера.

AP(I)10 (миндалина IV)

Топография: в центре восьмого квадранта.
Показания: заболевание миндалин; одна из точек для аналгезии при тонзиллэктомии.

AP(I)11 (скула, щека)

Топография: на границе между пятым и шестым квадрантом в виде вертикальной полоски.
Показания: невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, паротит, фурункулы в области лица, тик.

Зона козелка (II) (рис. 227)

AP(II)12 (верхушка козелка, пинцзянь)

Топография: на середине верхней половины ребра козелка или в центре верхней верхушки (если козелок имеет две верхушки).

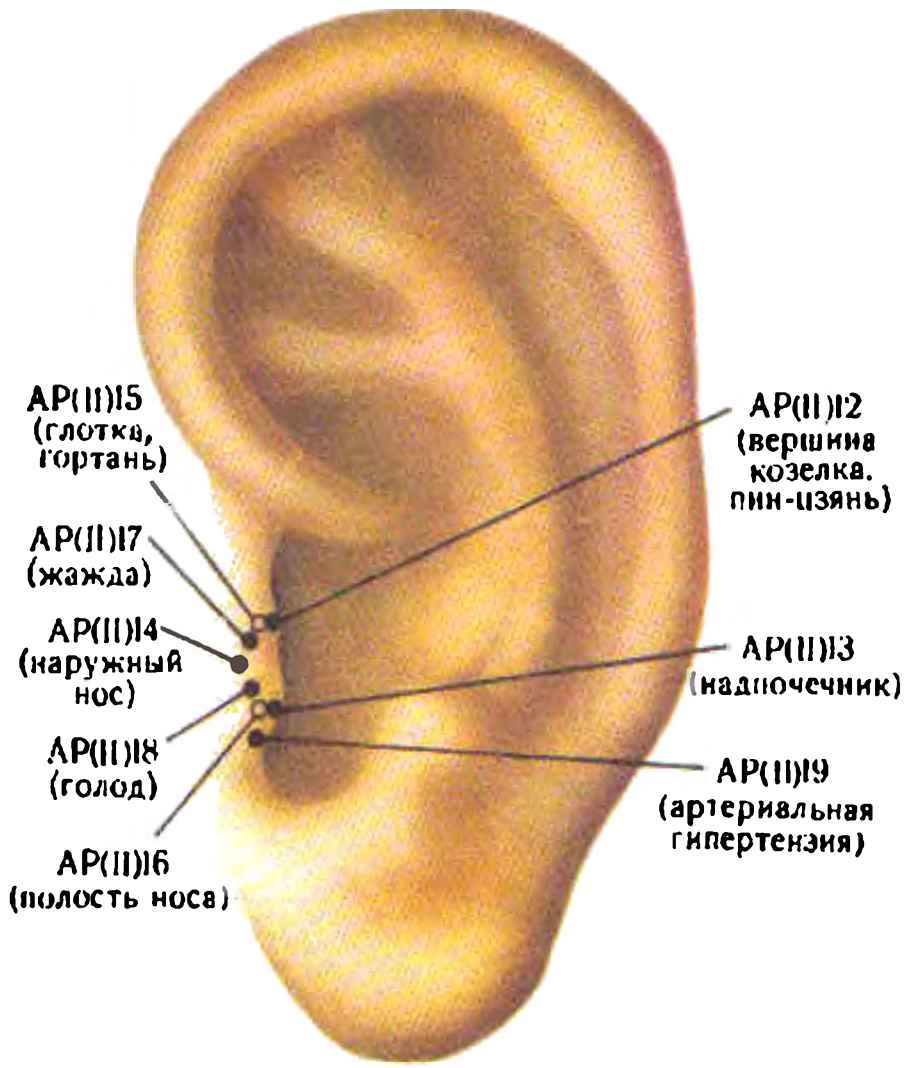


Рис. 227. Акупунктурные точки зоны козелка.



Рис. 228. Акупунктурные точки зоны передней вырезки уха

Показания: необходимость оказания болеутоляющего, седативного, противовоспалительного, жаропонижающего и противоаллергического эффекта.

AP(II)13 (надпочечник)

Топография: на середине нижней половины ребра козелка или в центре нижней верхушки (если козелок имеет две верхушки).
Показания: необходимость оказания тонизирующего, противовоспалительного, противоаллергического, кровоостанавливающего, нормализующего сосудистый тонус, расслабляющего непроизвольную мускулатуру, противозудного эффекта.

AP(II)14 (наружный нос)

Топография: примерно на середине основания козелка, соответствует переднему краю хряща козелка.
Показания: фурункулы в области носа.

AP(II)15 (глотка, гортань)

Топография: на уровне точки верхушки козелка AP(II)12, с внутренней стороны козелка, у наружного слухового отверстия.
Показания: заболевания глотки, гортани, бронхиальная астма, кашель.

AP(II)16 (полость носа)

Топография: на уровне точки надпочечника AP(II)13, с внутренней стороны козелка, у наружного слухового отверстия.
Показания: заболевания носа и околоносовых пазух.

AP(II)17 (жажда)

Топография: примерно на середине линии, соединяющей точки вершины козелка AP(II)12 и наружного носа AP(II)14.
Показания: неврогенная жажда.

AP(II)18 (голод)

Топография: примерно на середине линии, соединяющей точки надпочечника AP(II)13 и наружного носа AP(II)14.
Показания: острый и хронический гастрит, панкреатит.

AP(II)19 (артериальная гипертензия)

Топография: в нижней части козелка, на границе с межкозелковой вырезкой.
Показания: артериальная гипертензия.

Зона передней вырезки уха (III) (рис. 228)

AP(III)20 (наружное ухо)

Топография: в самом глубоком месте передней вырезки уха, между верхним отделом козелка и восходящей ветвью завитка, на вертикали с точкой наружного носа AP(II)14.
Показания: заболевания наружного уха, снижение слуха, шум в ушах, головокружение.

AP(III)21 (сердце II)

Топография: примерно на середине линии, соединяющей точки наружного уха AP(III)20 и верхушки козелка AP(II)12.
Показания: нарушение ритма сердца.

Зона межкозелковой вырезки (IV) (рис. 229)

AP(IV)22 (железы внутренней секреции)

Топография: с внутренней стороны межкозелковой вырезки, примерно на 2 мм от середины ее углубления, соответствует центру хряща межкозелковой вырезки.
Показания: заболевания, связанные с эндокринными нарушениями, заболевания органов пищеварения, системы кровообращения, мочеполового аппарата, а также необходимость оказания противоаллергического, противовоспалительного, противозудного и тонизирующего эффекта.

AP(IV)23 (яичник)

Топография: с внутренней стороны, в месте перехода межкозелковой вырезки в противокозелок, между точками желез внутренней секреции AP(IV)22 и коры большого мозга AP(VI)34.
Показания: сексуальные нарушения у женщин.

AP(IV)24 (зрение I)

Топография: в заднем нижнем отделе зоны межкозелковой вырезки, соответствует нижнему краю ее хряща.
Показания: заболевания глаз.

AP(IV)24A (зрение II)

Топография: в переднем нижнем отделе зоны межкозелковой вырезки, соответствует краю ее хряща.
Показания: заболевания глаз.

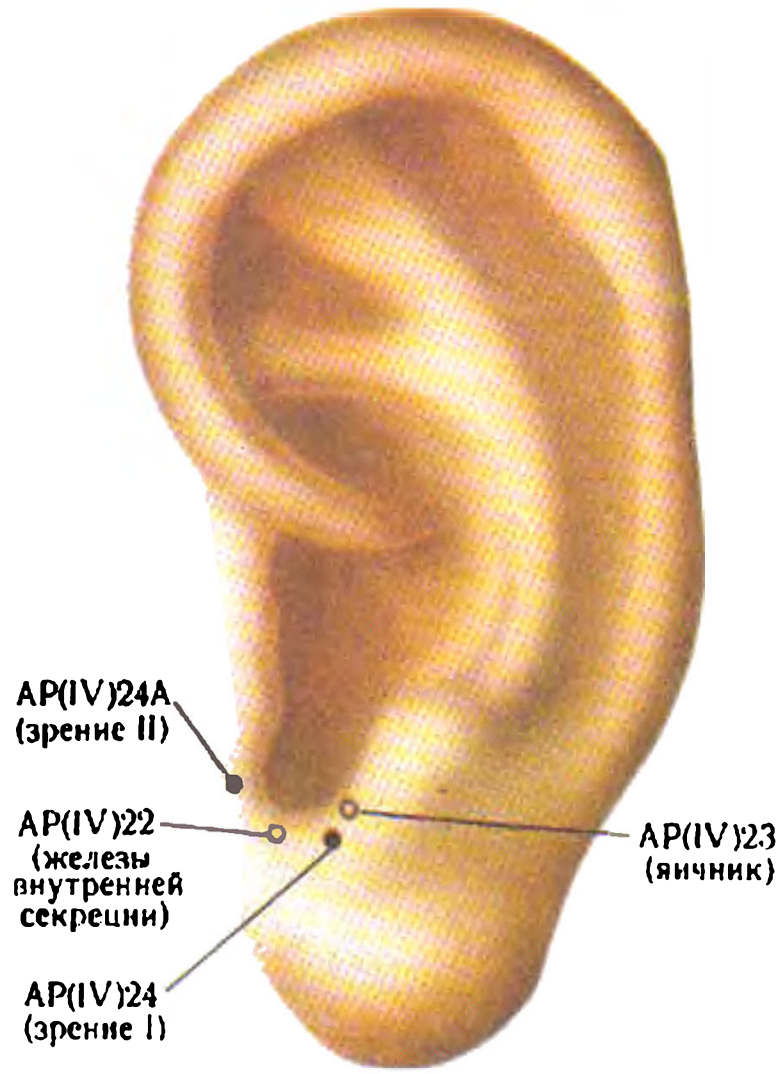


Рис. 229. Акупунктурные точки зоны межкозелковой вырезки.

Зона задней борозды ушной раковины (V) (рис. 230)

AP(V)25 (ствол мозга)

Топография: посередине задней борозды ушной раковины, на границе ее наружной и внутренней поверхности.
Показания: заболевания нервной системы, психические нарушения, необходимость оказания противошокового, противосудорожного, обезболивающего, седативного, противоаллергического эффекта.

AP(V)26 (зубная боль)

Топография: с внутренней стороны задней борозды ушной раковины, примерно на 2 мм от точки AP(V)25.
Показания: зубная боль.

AP(V)27 (гортань, зубы)

Топография: на наружной поверхности задней борозды ушной раковины, на 2 мм от точки AP(V)25, т. е. напротив точки AP(V)26.
Показания: те же, что для воздействия на точку AP(V)26.

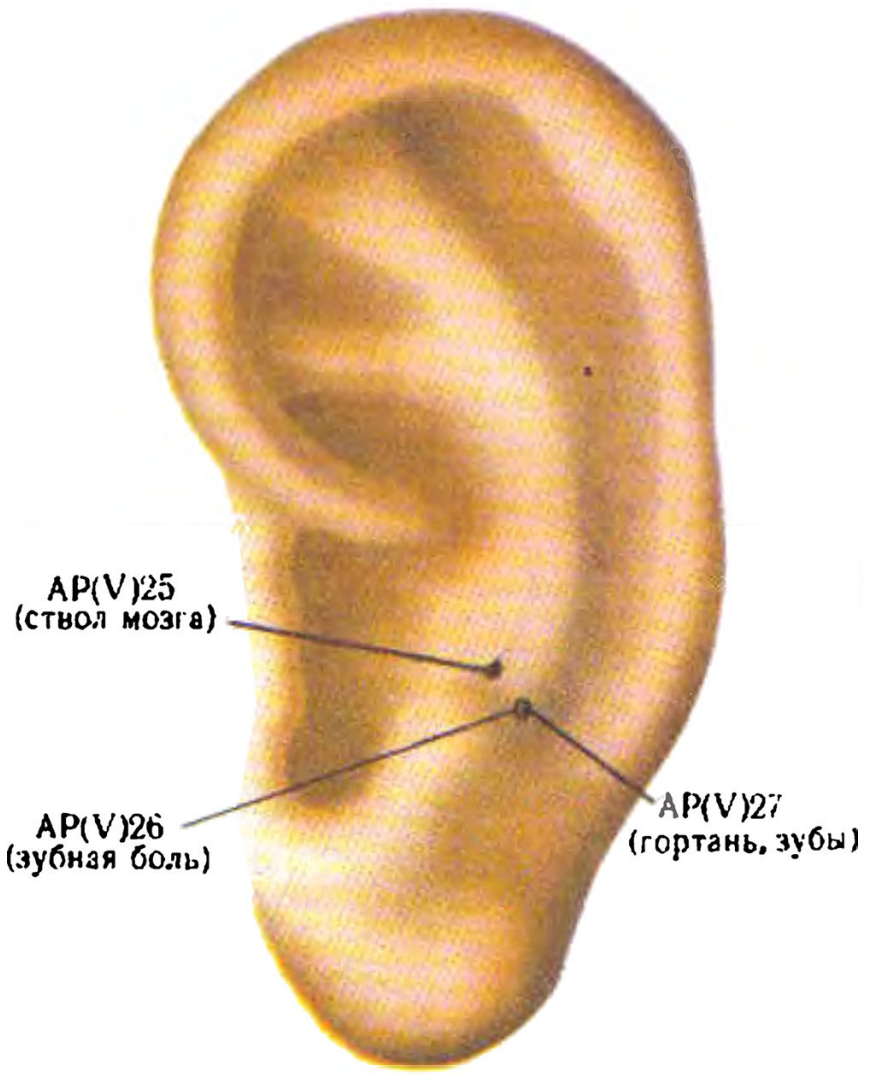


Рис. 230. Акупунктурные точки зоны задней борозды ушной раковины.

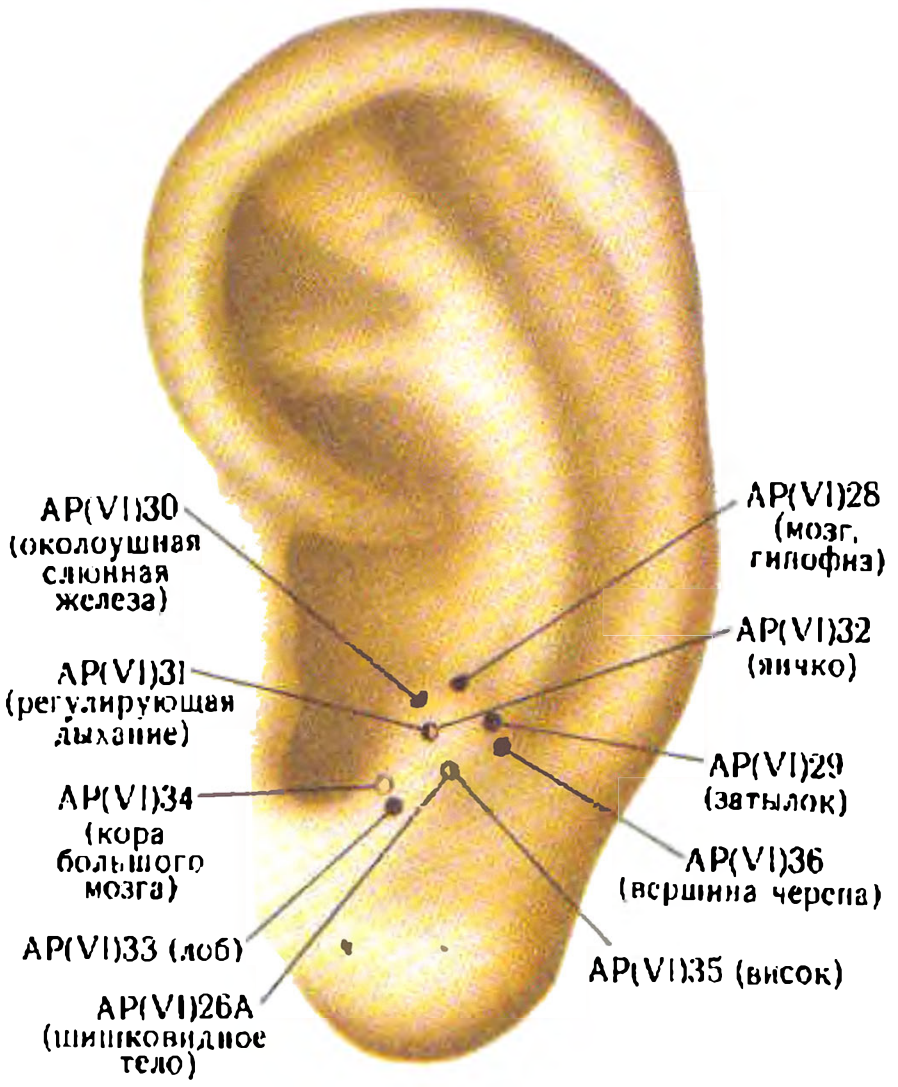


Рис. 231. Акупунктурные точки зоны противокозелка.

Зона противокозелка (VI) (рис. 231)

AP(VI)26A (шишковидное тело)

Топография: с внутренней стороны противокозелка, в середине его основания, напротив точки AP(VI)35 (тай-ян) (соответствует точке «таламус» по P. Nogier).
Показания: одна из эффективных точек для аналгезии при гомолатеральной боли различного характера.

AP(VI)28 (мозг, гипофиз)

Топография: посередине между наиболее выступающей частью края противокозелка и задней бороздой ушной раковины, т. е. между точками околоушной слюнной железы AP(VI)30 и ствола мозга AP(V)25.
Показания: необходимость оказания седативного и снотворного эффекта, гинекологические заболевания, нарушение мочеиспускания.

AP(VI)29 (затылок)

Топография: в задневерхнем участке наружной поверхности противокозелка, соответствует нижнему краю хряща.
Показания: тошнота, рвота, головная боль, головокружение, нарушение сна, необходимость оказания болеутоляющего, седативного эффекта.

AP(VI)30 (околоушная слюнная железа)

Топография: на середине края противокозелка или его наиболее выступающей части.
Показания: заболевания околоушной слюнной железы.

AP(VI)31 (регулирующая дыхание, купирующая астму)

Топография: с наружной стороны противокозелка, примерно на 2 мм от точки околоушной слюнной железы AP(VI)30.
Показания: необходимость оказания нормализующего влияния на центральную регуляцию дыхания, противоаллергического эффекта.

AP(VI)32 (яичко, тестикулярная)

Топография: с внутренней стороны противокозелка, примерно на 2 мм от точки околоушной слюнной железы AP(VI)30.
Показания: сексуальные расстройства у мужчин.

AP(VI)33 (лоб)

Топография: в передненижнем участке

наружной поверхности противокозелка, на нижнем крае хряща.
Показания: головная боль, головокружение, нарушение сна, неврастения, заболевания носа и околоносовых пазух, необходимость оказания болеутоляющего, седативного эффекта.

АР(VI)34 (кора большого мозга)

Топография: с внутренней стороны противокозелка, в переднениижнем отделе, примыкающем к межкозелковой вырезке.
Показания: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, сердцебиение, психические нарушения, расстройства мочеиспускания, необходимость оказания болеутоляющего, седативного, противосудорожного, противовоспалительного и противошокового эффекта.

АР(VI)35 (висок, тай-ян)

Топография: на наружной поверхности противокозелка, примерно в центре его основания, посередине между точками лба АР(VI)33 и затылка (АР(VI)29.
Показания: головная боль, особенно при мигрени, головокружение, нарушения сна, энурез.

АР(VI)36 (вершина черепа)

Топография: в задневерхнем участке противокозелка, на 1—2 мм ниже точки затылка АР(VI)29.
Показания: головная боль преимущественно в теменной области.

Зона противозавитка (VII)
(рис. 232)

АР(VII)37 (шейный отдел позвоночного столба)

Топография: на поверхности противозавитка, обращенной к раковине уха, у границы с задней бороздой ушной раковины.
Показания: заболевания и травмы шейного отдела позвоночного столба, болевой синдром и напряжение мышц в области задней поверхности шеи.

АР(VII)38 (крестцовый отдел позвоночного столба)

Топография: на поверхности противозавитка, обращенной к раковине уха, в месте его перехода в нижнюю ножку.
Показания: заболевания и травмы крестцового отдела позвоночного столба, боль в крестцовой области.

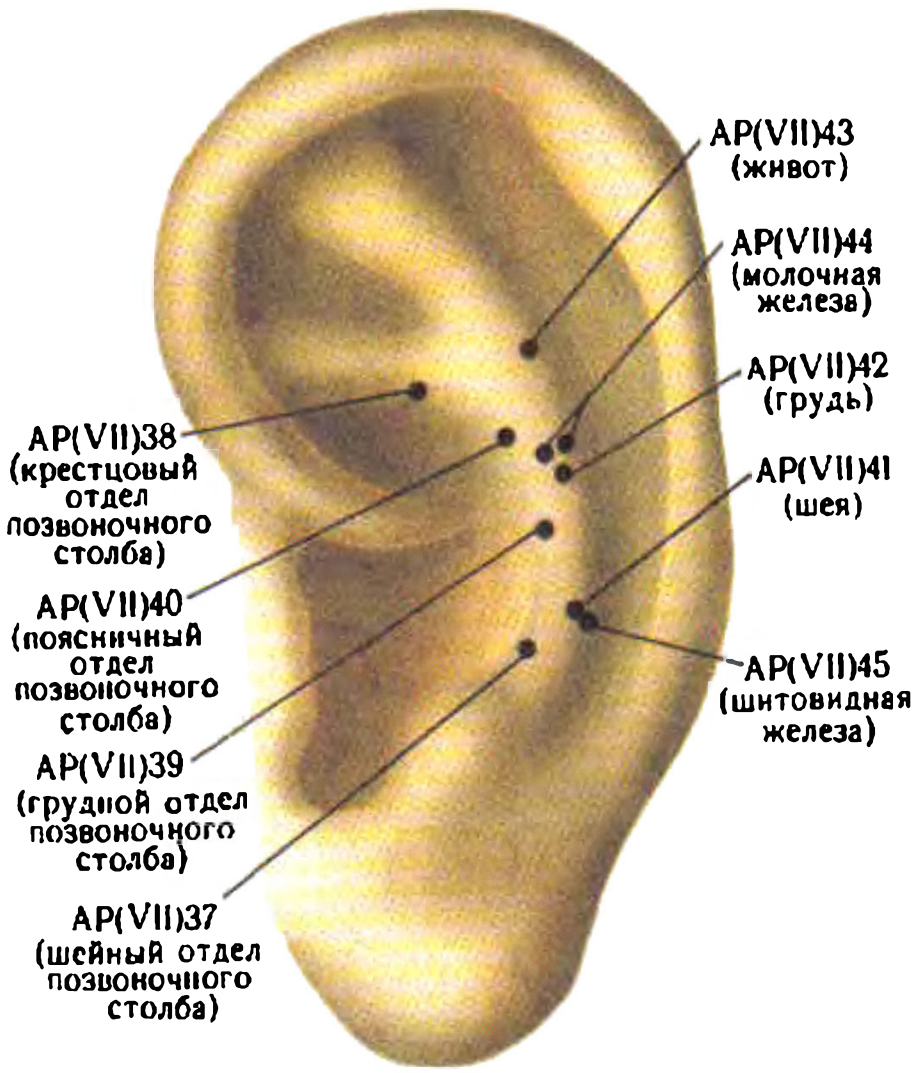


Рис. 232. Акупунктурные точки зоны противозавитка.

АР(VII)39 (грудной отдел позвоночного столба)

Топография: на границе нижней и средней трети расстояния между точками шейного АР(VII)37 и крестцового АР(VII)38 отделов позвоночного столба.
Показания: заболевания и травмы грудного отдела позвоночного столба, боль и напряжение мышц в области спины.

АР(VII)40 (поясничный отдел позвоночного столба)

Топография: на границе верхней и средней трети расстояния между точками шейного АР(VII)37 и крестцового АР(VII)38 отделов позвоночного столба.
Показания: заболевания и травмы поясничного отдела позвоночного столба, боль и напряжение мышц поясничной области.

АР(VII)41 (шея)

Топография: на поверхности противозавитка, обращенной к ладье, примерно на уровне середины расстояния между точками шейного АР(VII)37 и грудного АР(VII)39 отделов позвоночного столба.
Показания: заболевания и боль в области шеи, тиреотоксикоз.

AP(VII)42 (грудь)

Топография: на поверхности противозавитка, обращенной к ладье, примерно на середине расстояния между точками шейного AP(VII)37 и крестцового AP(VII)38 отделов позвоночного столба.
Показания: заболевания и боль в области передней поверхности грудной клетки, заболевания органов грудной полости.

AP(VII)43 (живот)

Топография: на поверхности противозавитка, обращенной к ладье, примерно на середине расстояния между точками поясничного AP(VII)40 и крестцового AP(VII)38 отделов позвоночного столба.
Показания: гастродуоденит, метеоризм, спазматическая боль в области брюшной полости.

AP(VII)44 (молочная железа)

Топография: система двух точек, расположенных над точкой груди AP(VII)42 и образующих с ней равносторонний треугольник; одна из них лежит на поверхности противозавитка, обращенной к ладье, другая — на поверхности, граничащей с раковиной уха.
Показания: мастит, гипогалактия.

AP(VII)45 (щитовидная железа)

Топография: на крае противозавитка, граничащем с ладьей, на середине расстояния между точками шейного AP(VII)37 и грудного AP(VII)39 отделов позвоночного столба, на одном уровне с точкой шеи AP(VII)41, если провести линию параллельно линии наклона межкозелковой вырезки.
Показания: заболевания щитовидной железы.

Зона верхней ножки противозавитка (VIII) (рис. 233)

AP(VIII)46 (пальцы стопы)

Топография: в верхнем отделе верхней ножки противозавитка, на границе с ладьей.
Показания: боль и заболевания в передней области стопы.

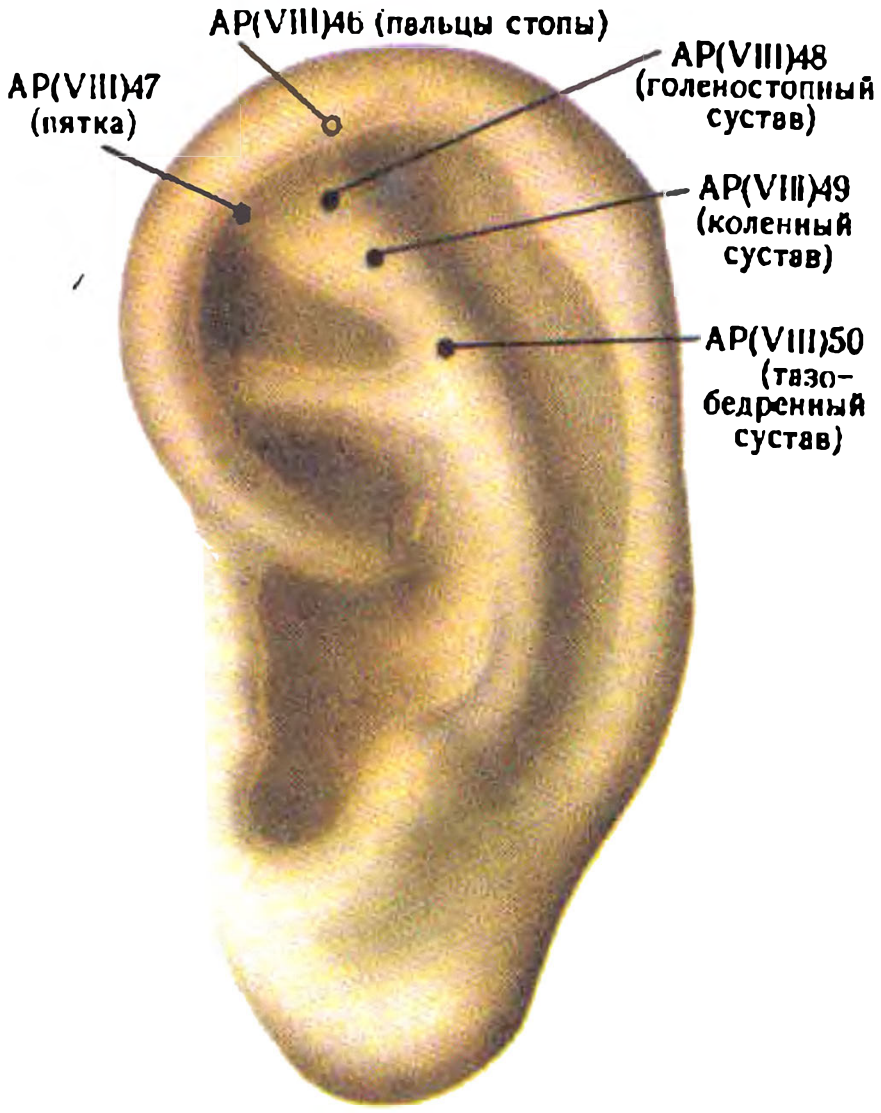


Рис. 233. Акупунктурные точки зоны верхней ножки противозавитка.

AP(VIII)47 (пятка)

Топография: в верхнем отделе верхней ножки противозавитка, на границе с треугольной ямкой.
Показания: боль и заболевания в задней области стопы.

AP(VIII)48 (голеностопный сустав)

Топография: ниже точек пальцев ноги AP(VIII)46 и пятки AP(VIII)47 (образует с ними равносторонний треугольник) или примерно на середине расстояния между точками пятки AP(VIII)47 и коленного сустава AP(VIII)49.
Показания: боль и заболевания в области голеностопного сустава.

AP(VIII)49 (коленный сустав)

Топография: примерно в центре верхней ножки противозавитка.
Показания: заболевания коленного сустава.

AP(VIII)50 (тазобедренный сустав)

Топография: в начальном отделе верхней ножки завитка, кверху и несколько кзади от точки крестцового отдела позвоночного столба AP(VII)38.
Показания: заболевания тазобедренного сустава.

Зона нижней ножки противозавитка (IX) (рис. 234)

AP(IX)51 (симпатическая, вегетативная)

Топография: в самом конце нижней ножки противозавитка, несколько прикрыта завитком.
Показания: необходимость оказания обезболивающего, нормализующего сосудистый тонус, расслабляющего непроизвольную мускулатуру, противовоспалительного эффекта; одна из наиболее часто применяющихся точек в аурикулярной рефлексотерапии.

AP(IX)52 (седалищный нерв)

Топография: несколько кпереди от середины нижней ножки противозавитка.
Показания: люмбоишиалгия, чувствительные и двигательные нарушения в области нижней конечности.

AP(IX)53 (ягодица)

Топография: примерно на середине расстояния между точками седалищного нерва AP(IX)52 и люмбалгии AP(IX)54.
Показания: боль в ягодичной области.

AP(IX)54 (люмбалгия)

Топография: в начальном отделе нижней ножки противозавитка, кзади и несколько кверху от точки крестцового отдела позвоночного столба AP(VII)38.
Показания: люмбалгия.

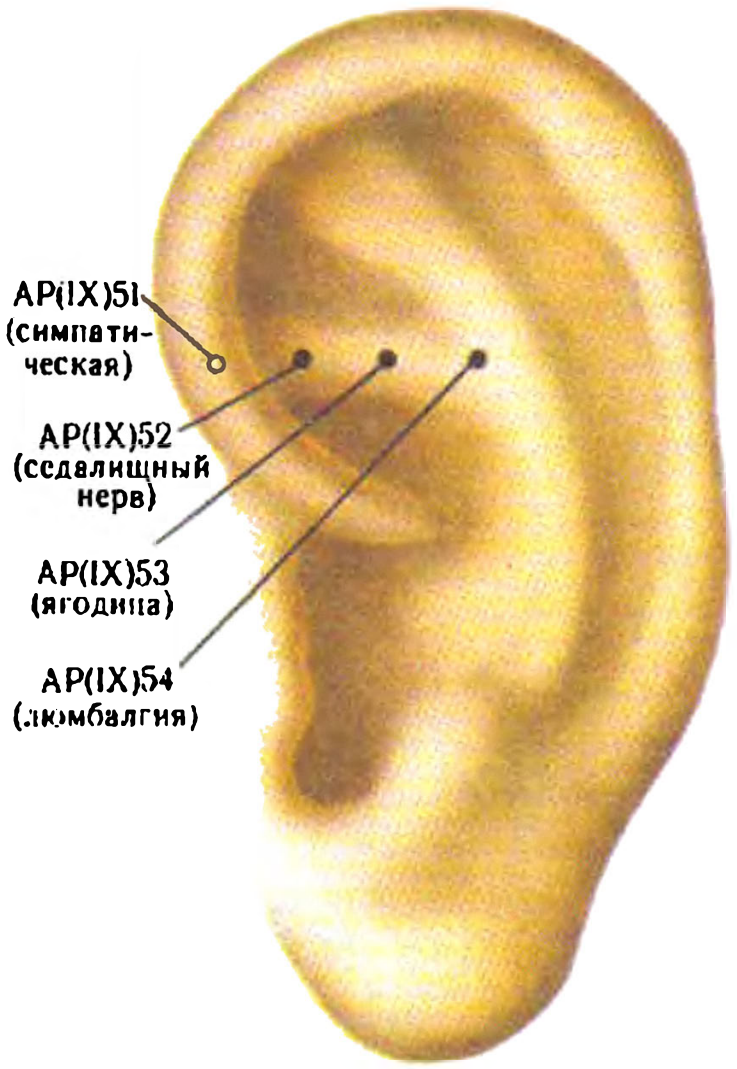


Рис. 234. Акупунктурные точки зоны нижней ножки противозавитка.

Зона треугольной ямки (X) (рис. 235)

AP(X)55 (шэнь-мэнь, точка ЦНС и наркоза при операциях)

Топография: несколько кпереди и кверху от заднего угла треугольной ямки, непосредственно под нижним краем верхней ножки противозавитка.
Показания: необходимость оказания обезболивающего, выраженного седативного, снотворного, противосудорожного, нормализующего сосудистый тонус, расслабляющего непроизвольную мускулатуру, противовоспалительного и противозудного эффекта; одна из основных точек в практике аурикулярной рефлексотерапии.

AP(X)56 (полость таза, шейка матки)

Топография: в заднем углу треугольной ямки, у верхнего края нижней ножки противозавитка.
Показания: заболевания органов малого таза.

AP(X)57 (бедро)

Топография: у верхнего края нижней ножки противозавитка, примерно на ее середине, кзади и кверху от точки седалищного нерва AP(IX)52.
Показания: боль в мышцах бедра.

AP(X)58 (сексуальная, матка)

Топография: под краем завитка, на середине расстояния между ножками противозавитка, в самой углубленной части треугольной ямки.
Показания: заболевания половых органов.

AP(X)59 (снижающая артериальное давление I)

Топография: в верхнем углу треугольной ямки.
Показания: артериальная гипертензия.



Рис. 235. Акупунктурные точки зоны треугольной ямки (фрагмент ямки)

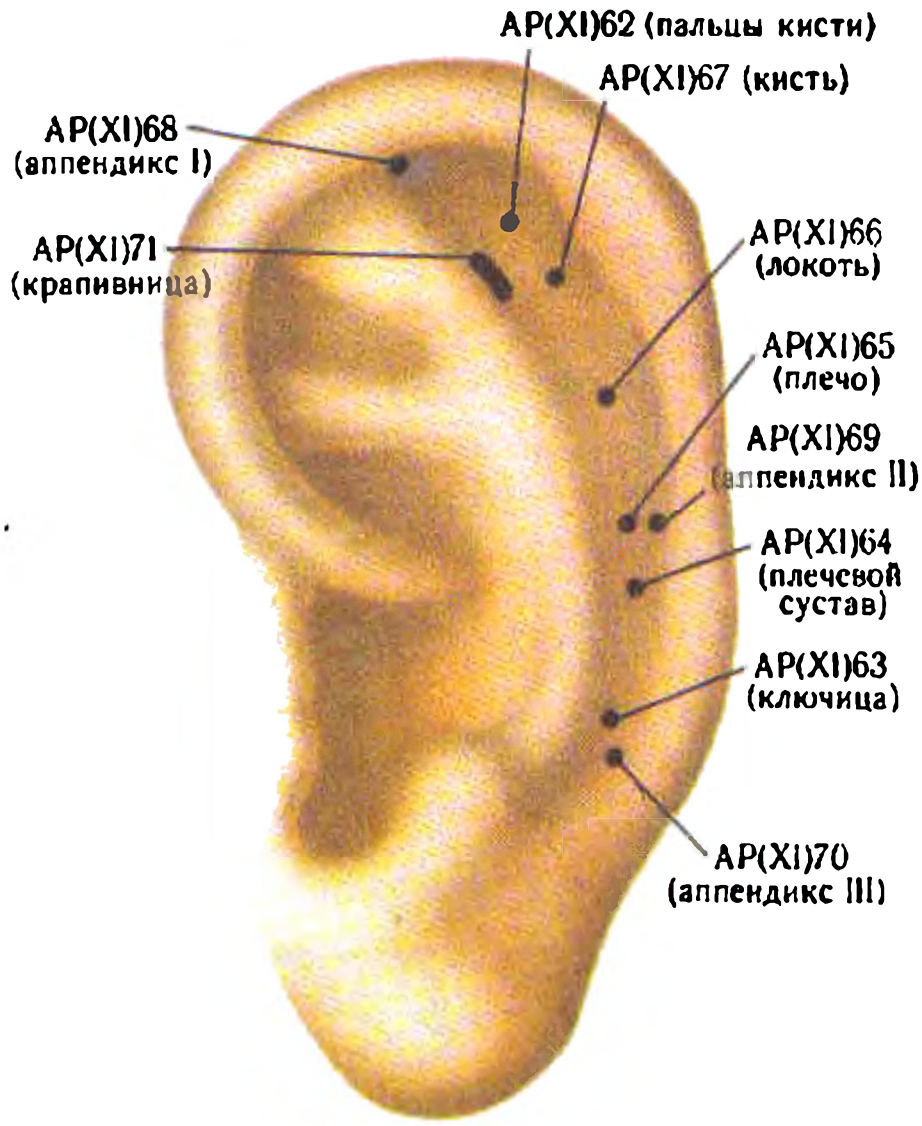


Рис. 236. Акупунктурные точки зоны ладьи.

AP(X)60 (бронхиальная астма, бронхолитическая)

Топография: на 1—2 мм кзади и книзу от точки AP(X)58.
Показания: заболевания дыхательной системы.

AP(X)61 (гепатит)

Топография: на 1—2 мм кзади и кверху от точки AP(X)58.
Показания: острый и хронический гепатит.

Зона ладьи (XI) (рис. 236)

AP(XI)62 (пальцы кисти)

Топография: в верхнем отделе ладьи, у верхнего края бугорка ушной раковины.
Показания: боль и заболевания в области пальцев кисти.

AP(XI)63 (ключица)

Топография: в нижнем отделе ладьи, на уровне точки AP(XVI)100 (сердце).
Показания: боль и заболевания в области ключицы.

AP(XI)64 (плечевой сустав)

Топография: на границе нижней и верхних трех четвертей расстояния между точками ключицы AP(XI)63 и пальцев кисти AP(XI)62.
Показания: боль и заболевания в области плечевого сустава.

AP(XI)65 (плечо)

Топография: посередине второй четверти расстояния между точками ключицы AP(XI)63 и пальцев кисти AP(XI)62, на уровне передней вырезки уха.
Показания: боль и заболевания в области плеча.

AP(XI)66 (локоть)

Топография: на уровне нижней ножки противозавитка, на середине расстояния между точками плеча AP(XI)65 и кисти AP(XI)67.
Показания: боль и заболевания в области локтевого сустава.

AP(XI)67 (кисть)

Топография: на уровне бугорка ушной раковины.
Показания: боль и заболевания в области кисти.

AP(XI)68 (аппендикс I)

Топография: над точкой пальцев кисти AP(XI)62, в углу между верхней ножкой противозавитка и завитком.
Показания: хронический аппендицит вне обострения.

AP(XI)69 (аппендикс II)

Топография: несколько кзади (в сторону завитка) от точки плеча AP(XI)65.
Показания: хронический аппендицит.

AP(XI)70 (аппендикс III)

Топография: книзу и несколько кзади от точки ключицы AP(XI)63.
Показания: хронический аппендицит.

AP(XI)71 (крапивница)

Топография: промежуток между точками пальцев кисти AP(XI)62 и кисти AP(XI)67, ближе к краю противозавитка.
Показания: аллергическая сыпь.



Рис. 237. Акупунктурные точки зоны завитка.

Зона завитка (XII) (рис. 237)

AP(XII)72$_{1-6}$ (завиток I—VI)

Топография: 6 точек по краю ушной раковины (в месте перехода ее передней поверхности в заднюю), первая из которых находится в нижней части бугорка ушной раковины, шестая — на самом нижнем участке мочки, остальные 4 — между ними, все на равных расстояниях друг от друга.
Показания: необходимость оказания противовоспалительного, жаропонижающего и гипотензивного эффекта; рекомендуется кровопускание при остром тонзиллите и артериальной гипертензии.

AP(XII)73 (миндалина I)

Топография: кзади от точки верхушки уха, над краем верхней ножки противозавитка, граничащим с ладьей.
Показания: тонзиллит, фарингит, ларингит.

AP(XII)74 (миндалина II)

Топография: на середине линии, проведенной по форме завитка между первой и четвертой точкой миндалин AP(XII)73 и AP(I)10.
Показания: тонзиллит, фарингит, ларингит.

AP(XII)75 (миндалина III)

Топография: в месте перехода хвоста завитка в мочку.
Показания: тонзиллит, фарингит, ларингит.

AP(XII)76 (синдром ян печени I)

Топография: в верхнем отделе бугорка ушной раковины.
Показания: хронический гепатит.

AP(XII)77 (синдром ян печени II)

Топография: в нижнем отделе бугорка ушной раковины.
Показания: хронический гепатит.

AP(XII)78 (верхушка уха)

Топография: на верхнем конце складки, которая образуется при загибании ушной раковины кпереди таким образом, чтобы завиток коснулся козелка.
Показания: необходимость оказания болеутоляющего, седативного и противоаллергического эффекта; для усиления жаропонижающего, противовоспалительного и гипотензивного действия рекомендуется кровопускание.

AP(XII)79 (наружные половые органы)

Топография: на восходящей ветви завитка, на уровне нижней ножки противо-



Рис. 238. Акупунктурные точки зоны ножки завитка.

завитка, напротив симпатической точки AP(IX)51.
Показания: заболевания наружных половых органов, боль в пояснично-крестцовой области.

AP(XII)80 (мочеиспускательный канал)

Топография: на восходящей ветви завитка, на уровне нижнего края нижней ножки противозавитка, напротив точки предстательной железы AP(XV)93.
Показания: заболевания мочевых путей.

AP(XII)81 (прямая кишка)

Топография: на восходящей ветви завитка, на уровне точки толстой кишки AP(XIV)91.
Показания: заболевания прямой кишки и заднего прохода.

Зона ножки завитка (XIII) (рис. 238)

AP(XIII)82 (диафрагма, нулевая)

Топография: в месте перехода корня завитка в его восходящую ветвь, на самой выступающей части ножки завитка.
Показания: заболевания диафрагмы, системы крови, кожи, нарушение менструального цикла; необходимость оказания обезболивающего, седативного, кровоостанавливающего эффекта; стимуляция этой точки применяется также с целью повышения чувствительности точек ушной раковины.

AP(XIII)83 (разветвление, чревное сплетение)

Топография: примерно в среднем отделе ножки завитка.
Показания: заболевания органов системы кровообращения, пищеварения, дисфункция полового аппарата, кожные болезни; необходимость оказания кровоостанавливающего эффекта.

Зона, прилежащая к ножке завитка (XIV) (рис. 239)

AP(XIV)84 (рот)

Топография: под ножкой завитка, над верхней частью наружного слухового отверстия.
Показания: заболевания полости рта.

AP(XIV)85 (пищевод)

Топография: под средним отделом ножки завитка, между точками рта AP(XIV)84 и кардии AP(XIV)86.
Показания: спазмы пищевода, тошнота, рвота.

AP(XIV)86 (кардиа)

Топография: под задней частью ножки завитка, между точками пищевода AP(XIV)85 и желудка AP(XIV)87.
Показания: спазм кардии желудка и пищевода, язвенная болезнь желудка.

AP(XIV)87 (желудок)

Топография: вокруг основания ножки завитка, на границе между челноком и полостью раковины.
Показания: заболевания органов пищеварения, необходимость оказания болеутоляющего, седативного и снотворного эффекта.

AP(XIV)88 (двенадцатиперстная кишка)

Топография: над задней частью ножки завитка, на одной вертикали с точкой кардии AP(XIV)86.

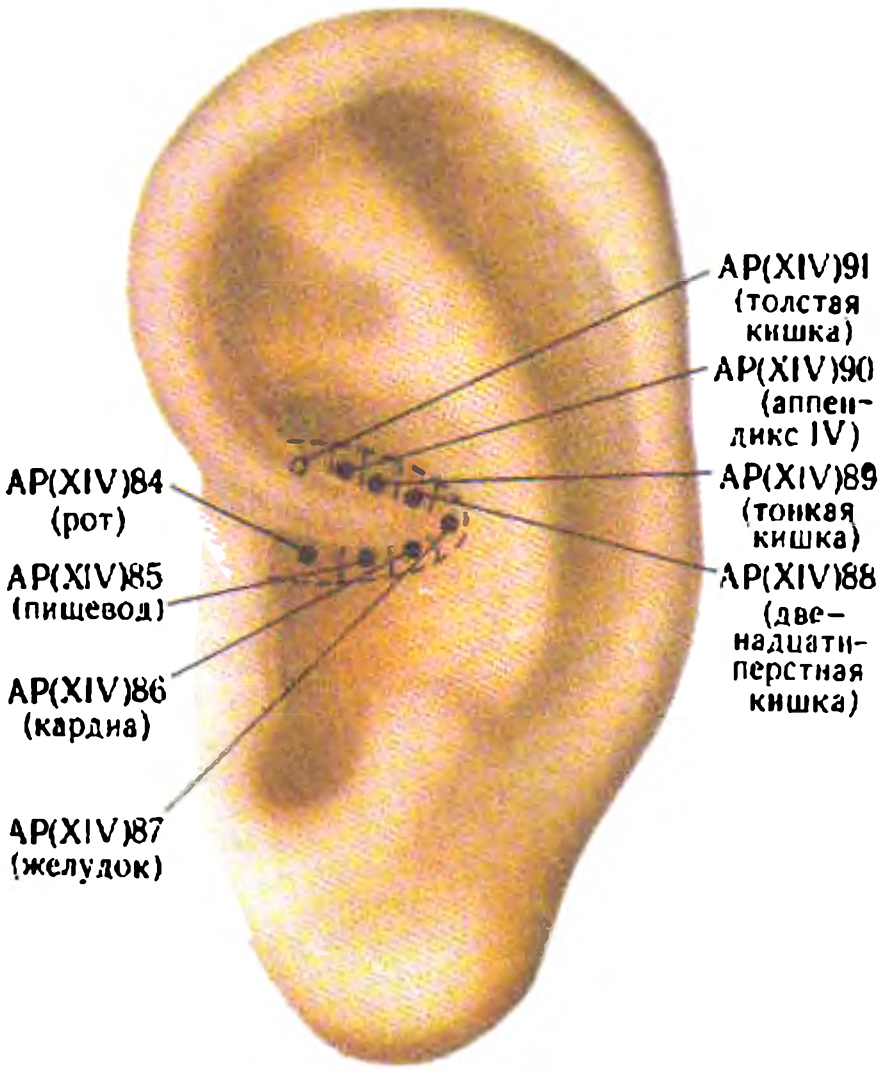


Рис. 239. Акупунктурные точки зоны, прилежащей к ножке завитка.

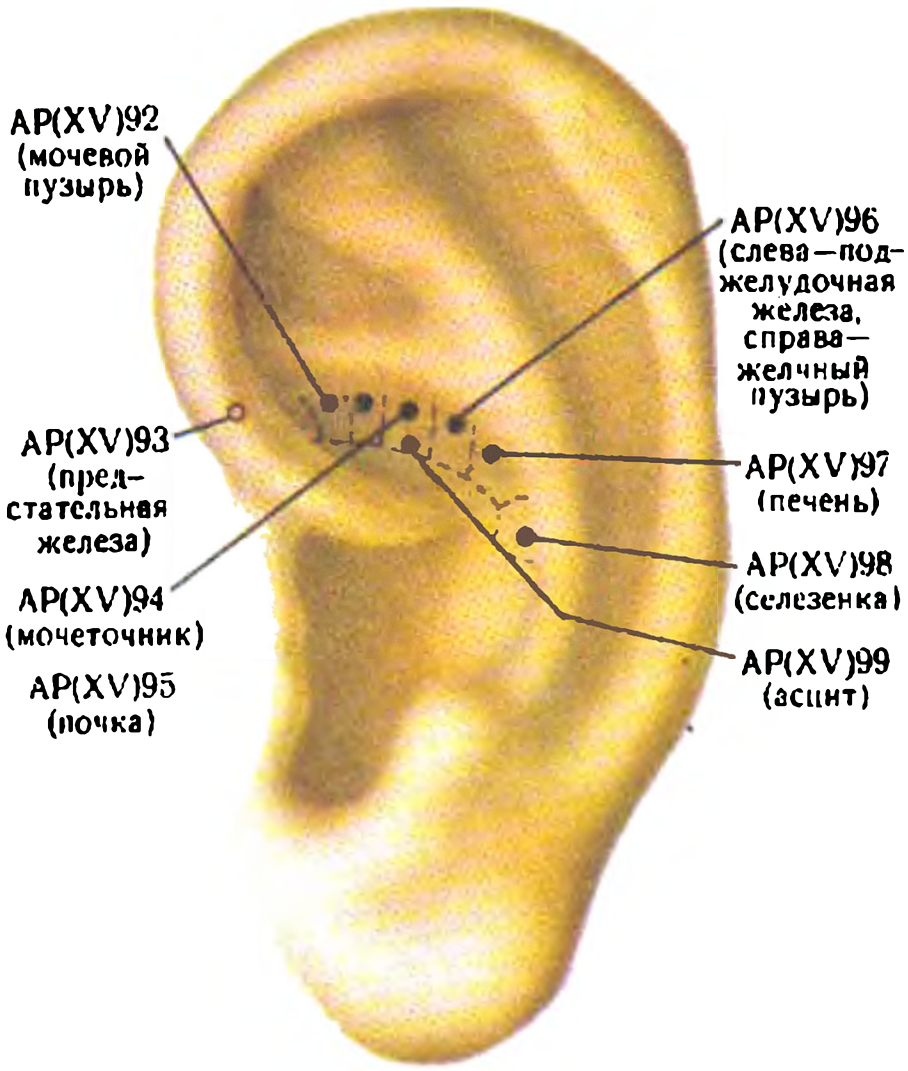


Рис. 240. Акупунктурные точки зоны челнока (чаши) раковины уха.

Показания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, гастродуоденит, дискинезии желчных путей.

AP(XIV)89 (тонкая кишка)

Топография: над средней частью ножки завитка, на одной вертикали с точкой пищевода AP(XIV)85.
Показания: заболевания кишок.

AP(XIV)90 (аппендикс IV)

Топография: над передней частью ножки завитка, между точками тонкой AP(XIV)89 и толстой кишки AP(XIV)91.
Показания: хронический аппендицит вне обострения; одна из точек для аналгезии при аппендэктомии.

AP(XIV)91 (толстая кишка)

Топография: над местом перехода ножки завитка в восходящую часть, на одной вертикали с точкой рта AP(XIV)84.
Показания: заболевания кишок, кожи.

Зона челнока (чаши) раковины (XV) (рис. 240)

AP(XV)92 (мочевой пузырь)

Топография: под нижней ножкой противозавитка, над точкой толстой кишки AP(XIV)91, кзади от точки предстательной железы AP(XV)93.
Показания: заболевания мочевых путей, люмбалгия, неврастения.

AP(XV)93 (предстательная железа)

Топография: в углу, образованном завитком и нижней ножкой противозавитка, под симпатической точкой AP(IX)51.
Показания: простатит.

AP(XV)94 (мочеточник)

Топография: под нижней ножкой противозавитка, между точками мочевого пузыря AP(XV)92 и почки AP(XV)95.
Показания: необходимость оказания антиспастического действия на мочеточник.

AP(XV)95 (почка)

Топография: под нижней ножкой противозавитка (точка ягодицы AP(IX)53), над точкой тонкой кишки AP(XIV)89.
Показания: заболевания мочеполового аппарата, нервной системы, дисфункции желез внутренней секреции, необходимость оказания обезболивающего, седативного, противовоспалительного и противошокового эффекта; одна из наиболее часто применяющихся точек в аурикулярной рефлексотерапии.

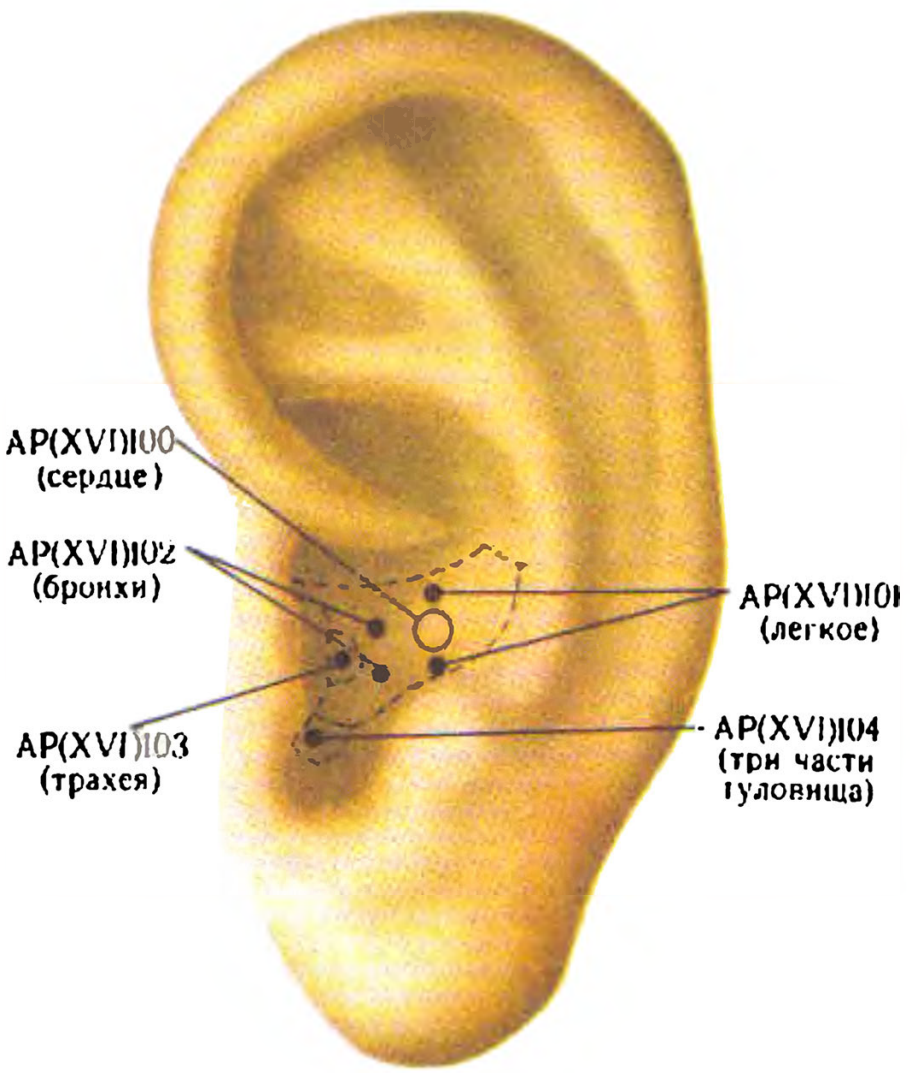


Рис. 241. Акупунктурные точки зоны полости раковины уха

AP(XV)96 (слева — поджелудочная железа, справа — желчный пузырь)

Топография: в задневерхнем углу челнока раковины, над основанием ножки завитка.
Показания: заболевания поджелудочной железы и желчного пузыря, диспепсические явления.

AP(XV)97 (печень)

Топография: кзади и несколько выше точки желудка AP(XIV)87, у переднего края противозавитка, кзади и книзу от точки поджелудочной железы и желчного пузыря AP(XV)96 (на левом ухе нижнюю часть этой зоны занимает точка селезенки).
Показания: заболевания органов системы пищеварения, головокружение, судороги, мышечная гипотония, заболевания глаз.

AP(XV)98 (селезенка)

Топография: на левом ухе, кзади и книзу от точки желудка AP(XIV)87, у переднего края противозавитка.
Показания: заболевания органов системы пищеварения, необходимость оказания болеутоляющего, противовоспалительного, кровоостанавливающего, повышающего мышечный тонус эффекта.

AP(XV)99 (асцит)

Топография: примерно в центре челнока раковины, под точкой почки AP(XV)95.
Показания: асцит.

Зона полости раковины (XVI) (рис. 241)

AP(XVI)100 (сердце I)

Топография: примерно в центре полости раковины, на уровне наружного слухового отверстия, под точкой кардии AP(XIV)86.
Показания: артериальная гипер- и гипотензия, нарушение сердечного ритма, невротические состояния, нарушение сна, судороги, одышка, неотложная помощь; одна из наиболее часто применяющихся точек в аурикулотерапии.

AP(XVI)101 (легкое)

Топография: сверху и снизу от точки сердца AP(XVI)100, занимает почти всю центральную часть полости раковины.
Показания: заболевания дыхательной системы, кожи, необходимость оказания противоаллергического, обезболивающего, противовоспалительного эффекта; одна из наиболее часто применяющихся точек в аурикулотерапии.

AP(XVI)102 (бронхи)

Топография: 2 точки перед точкой легкого AP(XVI)101 и кзади от точки трахеи AP(XVI)103.
Показания: бронхит.

AP(XVI)103 (трахея)

Топография: кзади от середины заднего края наружного слухового отверстия.
Показания: трахеит.

AP(XVI)104 (три части туловища)

Топография: под нижним краем наружного слухового отверстия.
Показания: заболевания органов грудной, брюшной полости и малого таза.

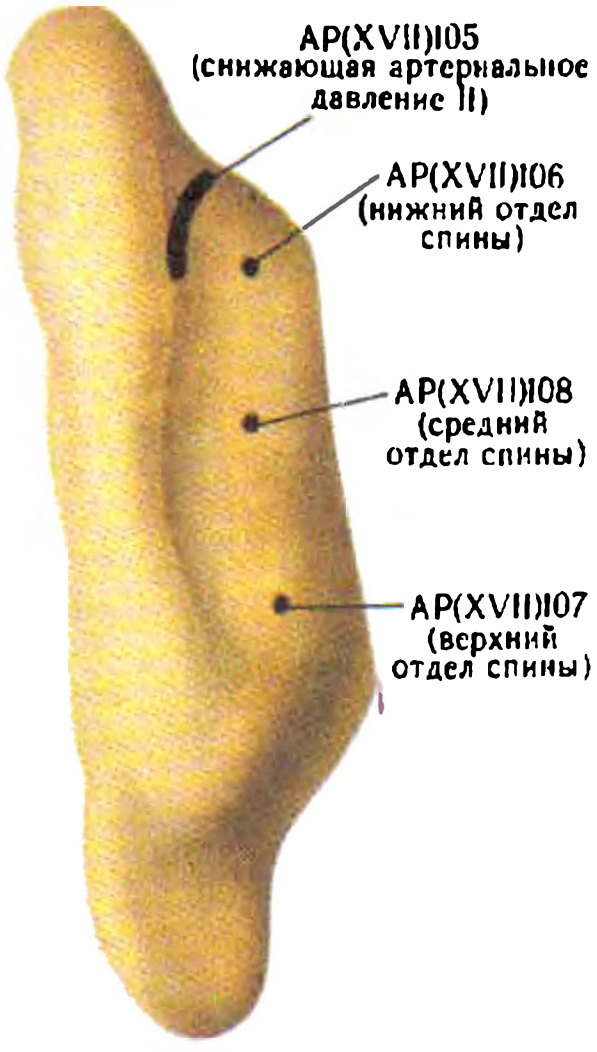


Рис. 242. Акупунктурные точки зоны задней поверхности ушной раковины.

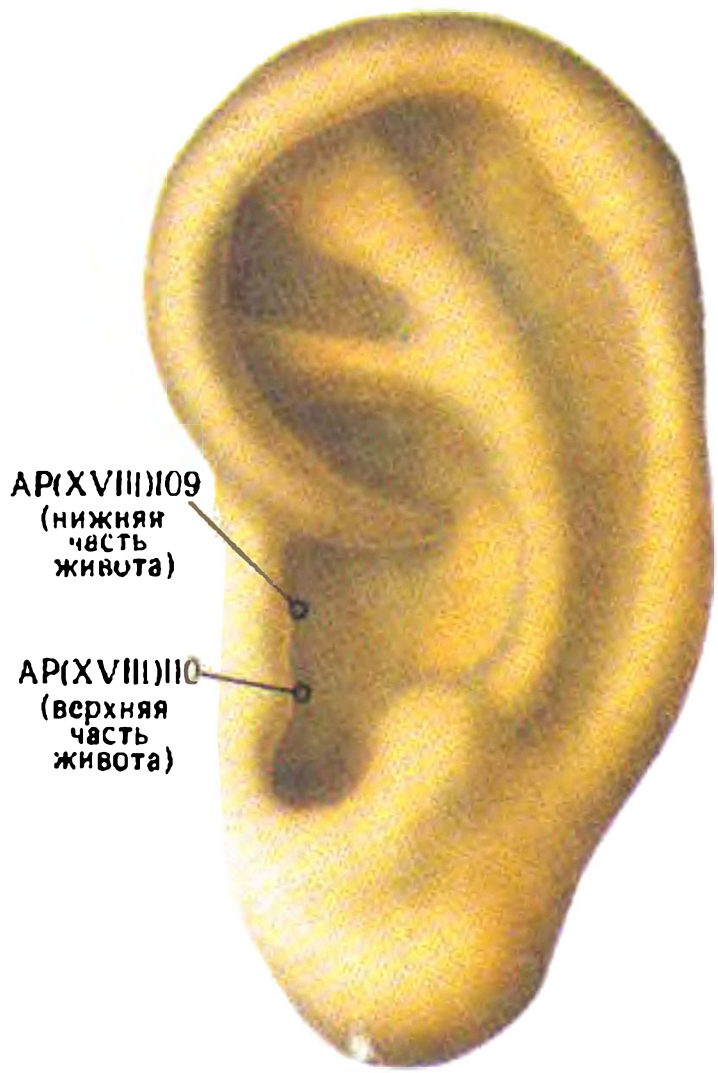


Рис. 243. Акупунктурные точки зоны наружного слухового прохода.

Зона задней поверхности ушной раковины (XVII) (рис. 242)

AP(XVII)105 (снижающая артериальное давление II)

Топография: полоска в верхней трети продольной борозды, соответствующей противозавитку.
Показания: артериальная гипертензия (до небольшого кровотечения).

AP(XVII)106 (нижний отдел спины)

Топография: в верхнем отделе выпуклой части задней поверхности ушной раковины.
Показания: боль и заболевания кожи в области спины.

AP(XVII)107 (верхний отдел спины)

Топография: в нижнем отделе выпуклой части задней поверхности ушной раковины.
Показания: боль и заболевания кожи в области спины.

AP(XVII)108 (средний отдел спины)

Топография: примерно в центре выпуклой части задней поверхности ушной раковины.
Показания: боль и заболевания кожи в области спины.

Зона наружного слухового прохода (XVIII) (рис. 243)

AP(XVIII)109 (нижняя часть живота)

Топография: на верхней стенке наружного слухового прохода.
Показания: боль в области брюшной полости.

AP(XVIII)110 (верхняя часть живота)

Топография: на нижней стенке наружного слухового прохода.
Показания: боль в области брюшной полости.

ГЛАВА 4

ЗОНЫ ПОВЕРХНОСТНОЙ МНОГОИГОЛЬЧАТОЙ АКУПУНКТУРЫ

Сфера применения поверхностной многоигольчатой акупунктуры (раздражение пучком игл, мэй-хуа-чжень) соизмерима с большинством способов рефлексотерапии. Многоигольчатая акупунктура применима и в тех случаях, когда по каким-либо причинам противопоказано классическое иглоукалывание или другие виды лечения (например в педиатрической практике). Возможно сочетание с другими видами рефлексотерапии. При этом поверхностная многоигольчатая акупунктура используется в качестве вводной процедуры.

Раздражение пучком игл — разновидность поверхностного иглоукалывания, которое может осуществляться быстрым нанесением серии уколов обычной акупунктурной иглой (быстрое поверхностное иглоукалывание одной иглой). Однако подобный способ воздействия непроизводителен, требует больших затрат времени и технически сложен.

В связи с этим были предложены специальные многоигольчатые молоточки, головка которых содержит симметрично укрепленные на определенном расстоянии друг от друга или связанные в пучок иглы. Игл в таком молоточке обычно 5—13. Иглы значительно толще акупунктурных (диаметром около 1 мм), изготовляются из нержавеющей стали или благородных металлов. Конструкций многоигольчатых молоточков чрезвычайно много. В общем виде молоточек состоит из ручки длиной около 20—25 см и металлической или пластмассовой головки. Иглы укрепляются таким образом, чтобы их выступающая над уровнем головки часть не превышала 10 мм. На рис. 244, *а, б* показано расположение игл относительно друг друга. Все иглы, независимо от их количества, должны быть симметрично размещены на площади круга диаметром не более 5—7 мм. Кончики игл должны располагаться строго на одном уровне, в противном случае возникает опасность повреждения кожи. Кроме того, иглы не должны быть слишком острыми. Одним из требований к многоигольчатому молоточку является съемность его головки или игл с целью стерилизации.

В некоторых случаях можно применять специальные трубки с иглами. В трубке имеются отверстия только для прохождения острия иглы. Раздражение проводится легким постукиванием по необходимым зонам рабочей поверхностью трубки. Во время поколачивания игла проскакивает в отверстие и наносит слабое, очень мягкое раздражение, поскольку в момент соприкосновения с кожей происходит смещение иглы относительно отверстия в обратном направлении.

Описан также способ многоигольчатого раздражения — иглоаппликация (И. И. Кузнецов, 1981), при котором воздействие на определенные кожные зоны осуществляется при помощи наложения гибких пластин различного размера с укрепленными на них иглами (1—16 шт. на 1 $см^2$). Давление игл на кожу можно регулировать путем нагнетания воздуха в резиновую муфту, облегающую сверху иглоаппликатор.

Процедура раздражения многоигольчатым молоточком состоит в ритмичном поколачивании по определенным кожным зонам. Наносимый удар должен быть быстрым, в строго перпендикулярном к поверхности кожи направлении, кончики игл должны не только касаться кожи, но и проникать через эпидермис. Сразу после удара молоточек приподнимают вверх и наносят следующий удар. Частота поколачиваний варьирует от 40—60 до 120—150 ударов в 1 мин, в зависимости от показаний и состояния больного. Наиболее часто применяемая частота — 70—90 ударов в 1 мин, у детей, пожилых и ослабленных больных — до 60 ударов в 1 мин.

Степень раздражения обусловливается, с одной стороны, интенсивностью и скоростью удара, его частотой, массой головки молоточка, продолжительностью воздействия на определенную зону и областью раздражения (голова, спина, живот, конечности и др.), общей площадью наносимого раздражения, с другой стороны — зависит

от состояния больного, его возраста, пола и особенностей индивидуальной реактивности, которая у одного и того же больного в разные дни и даже в течение процедуры может изменяться.

Влияние и взаимодействие перечисленных факторов в целом определяет степень раздражения. Для практических целей ее подразделяют на 4 уровня.

Раздражение слабой степени не сопровождается выраженными болевыми ощущениями, после процедуры на коже отмечается легкая, нестойкая эритема.

Раздражение средней степени сопровождается незначительной болью, которая сразу же после сеанса проходит. Характерна выраженная, стойкая эритема.

Раздражение сильной степени сопровождается выраженной болью. После сеанса в местах воздействия кроме стойкой эритемы наблюдаются точечные кровоизлияния, исчезающие через несколько дней.

Сверхсильное раздражение применяется очень редко. Воздействие при этом близко к порогу переносимости болевого раздражения. Больной с трудом переносит боль и может просить о прекращении процедуры. Кожная реакция выражена значительнее, чем при раздражении сильной степени.

Освоение техники многоигольчатого раздражения требует довольно длительной тренировки. Для выработки точности удара можно использовать разнообразные мишени, на которых нанесены круги диаметром 5 мм на расстоянии примерно 10 мм от их центров (рис. 245).

Правильное положение молоточка показано на рис. 246. При этом выпрямленный указательный палец находится на рукоятке, большой — сбоку, а остальные — снизу. Движения при нанесении ударов производят только в лучезапястном суставе, локтевой сустав должен оставаться относительно неподвижным. Частоту поколачиваний можно отрабатывать с помощью метронома: от 1 удара в 2 с до 2 ударов в 1 с (120 ударов в 1 мин).

Следует обращать внимание не только на точность попадания в центр кружков, но и на строго перпендикулярное направление ударов. Рукоятка молоточка при этом должна удерживаться с достаточным усилием, в противном случае его головка легко отклоняется в сторону и иглы царапают кожу.

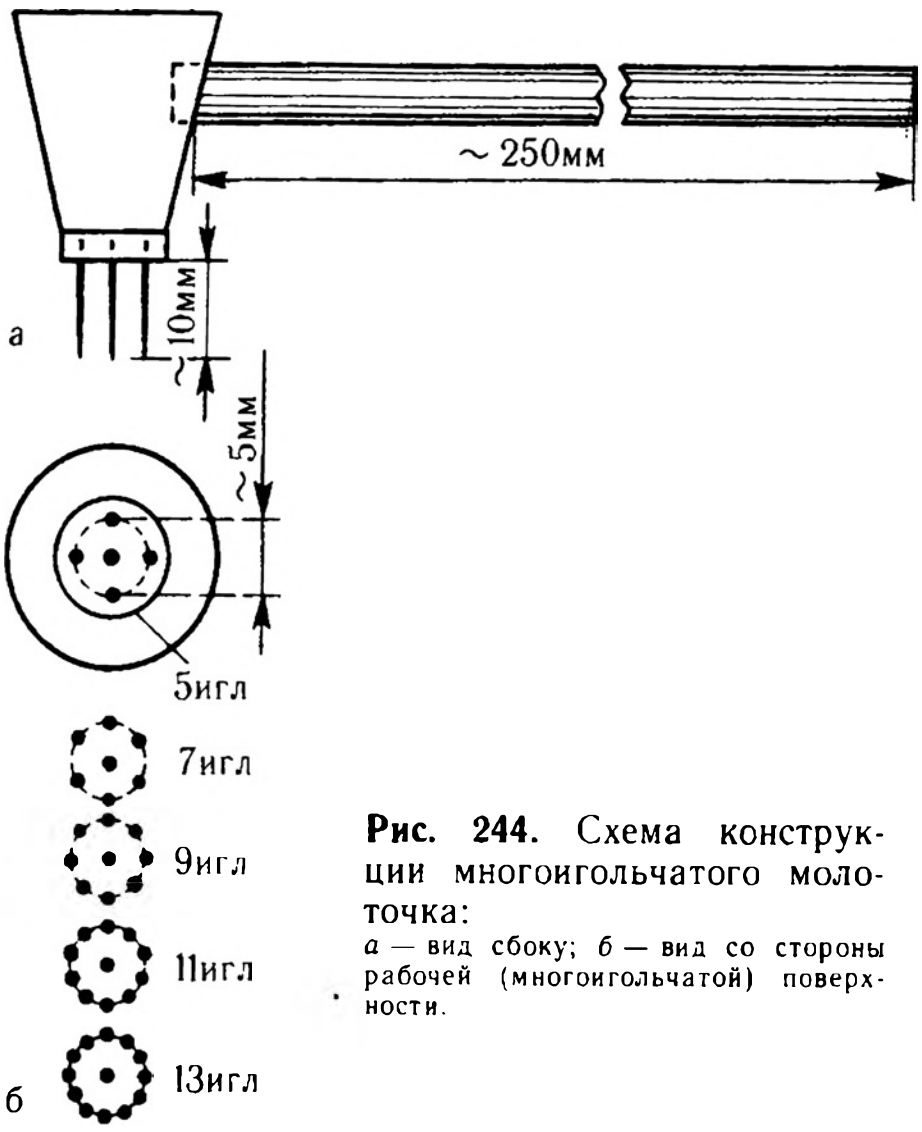


Рис. 244. Схема конструкции многоигольчатого молоточка:
а — вид сбоку; *б* — вид со стороны рабочей (многоигольчатой) поверхности.

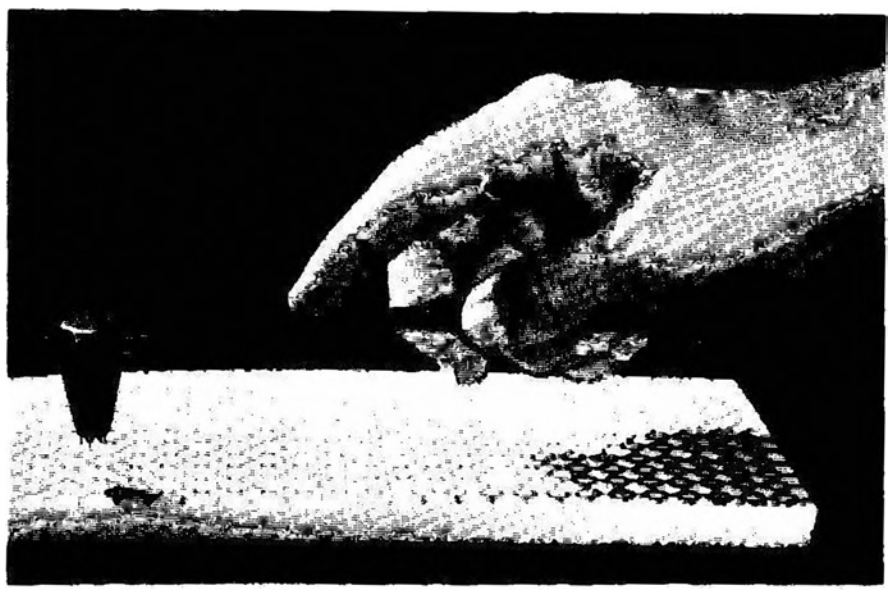


Рис. 245. Использование мишени для отработки техники поверхностного многоигольчатого раздражения.

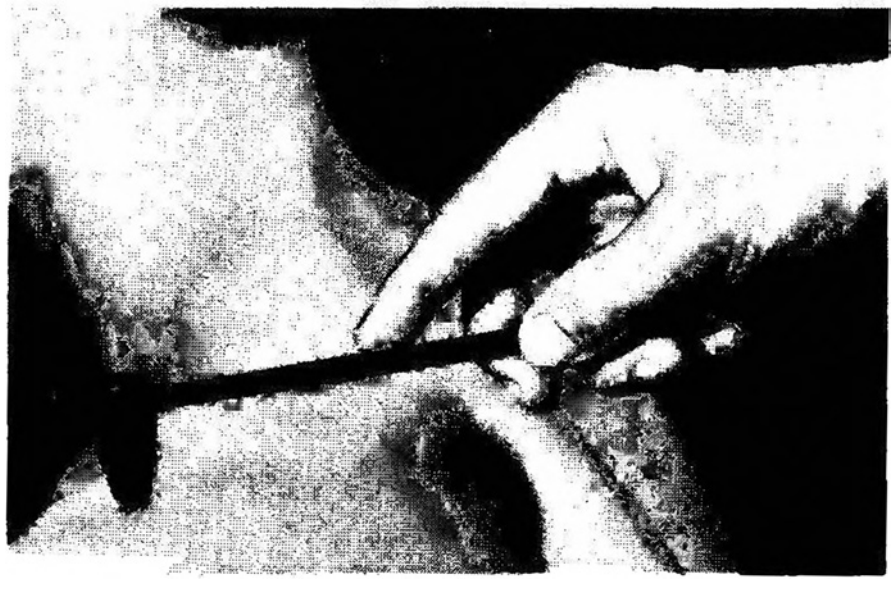


Рис. 246. Правильное удержание многоигольчатого молоточка.

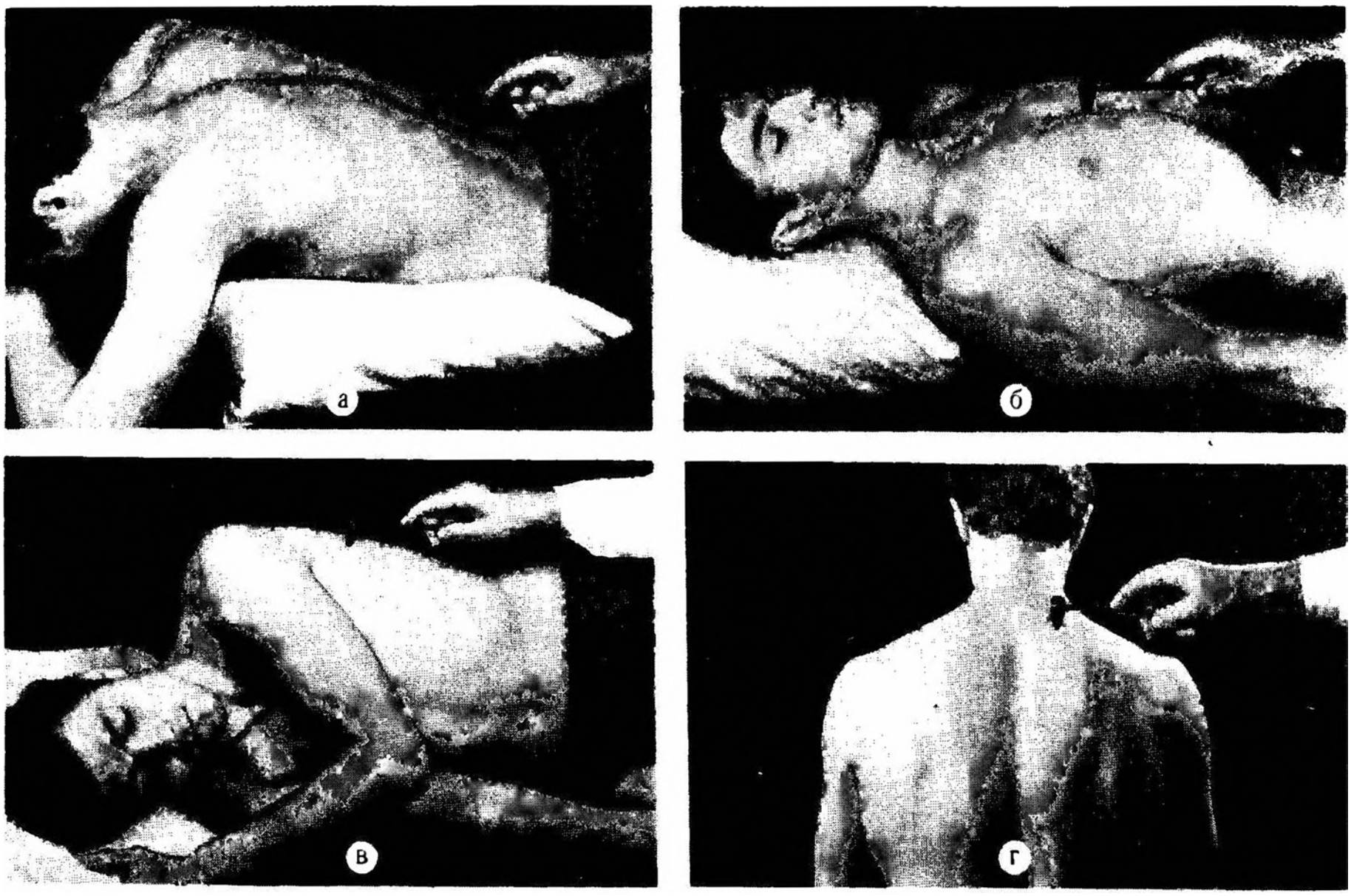


Рис. 247. Положение больного во время процедуры:
а — лежа на животе — при раздражении задней поверхности тела; *б* — лежа на спине — при раздражении передней поверхности тела; *в* — лежа на боку — при раздражении боковых поверхностей тела и конечностей; *г* — сидя — при раздражении области головы, шеи, верхних отделов туловища и конечностей.

Правильно организованное обучение способствует укреплению соответствующих групп мышц и формированию двигательного навыка (автоматизма). Это обеспечивает равномерность ударов по силе и частоте, их произвольную регулировку, а также возможность относительно длительной работы без утомления.

Поза больного во время процедуры зависит от зоны наносимого раздражения (рис. 247, *а — г*) и должна быть максимально удобной, без напряжения. Предпочтительнее положение больного лежа, особенно в первые сеансы.

Правила проведения поверхностной многоигольчатой акупунктуры не отличаются от правил классического иглоукалывания.

Перед процедурой кожу обрабатывают 70 % этиловым спиртом (после — спиртом или 5 % раствором йода); головка молоточка с иглами должна быть стерильной.

Обычно раздражение пучком игл проводят в определенных зонах, описывая дорожки различной формы: продольные, поперечные, кольцевидные, овальные и др. Форма дорожки зависит от зоны. Направление ударов на дорожках в основном соответствует ходу поверхностных нервов. Расстояние между дорожками и ударами на дорожке в среднем составляет 5—10 мм (см. с. 225).

Часто используют серии ударов в одну и ту же зону, соответствующую расположению точки акупунктуры или триггерной точке. Начинают с 20 ударов и доводят до 40—50 ударов к концу курса лечения.

В каждом конкретном случае зоны воздействия и степень раздражения определяют индивидуально, варьируя их в процессе лечения. Во время первой процедуры применяют раздражение слабой степени, последующие сеансы также начинают со слабого раздражения, но в течение сеанса усиливают его до необходимой степени. У детей, пожилых и ослабленных больных следует применять раздражение слабой и средней степени. В области головы, лица, шеи, живота интенсивное раздражение не применяют.

Исходя из показаний раздражение пучком игл можно проводить как на пораженной, так и на симметричной, здоровой, стороне. Начинать процедуру рекомендуют со здоровой стороны и применять при этом различную степень раздражения.

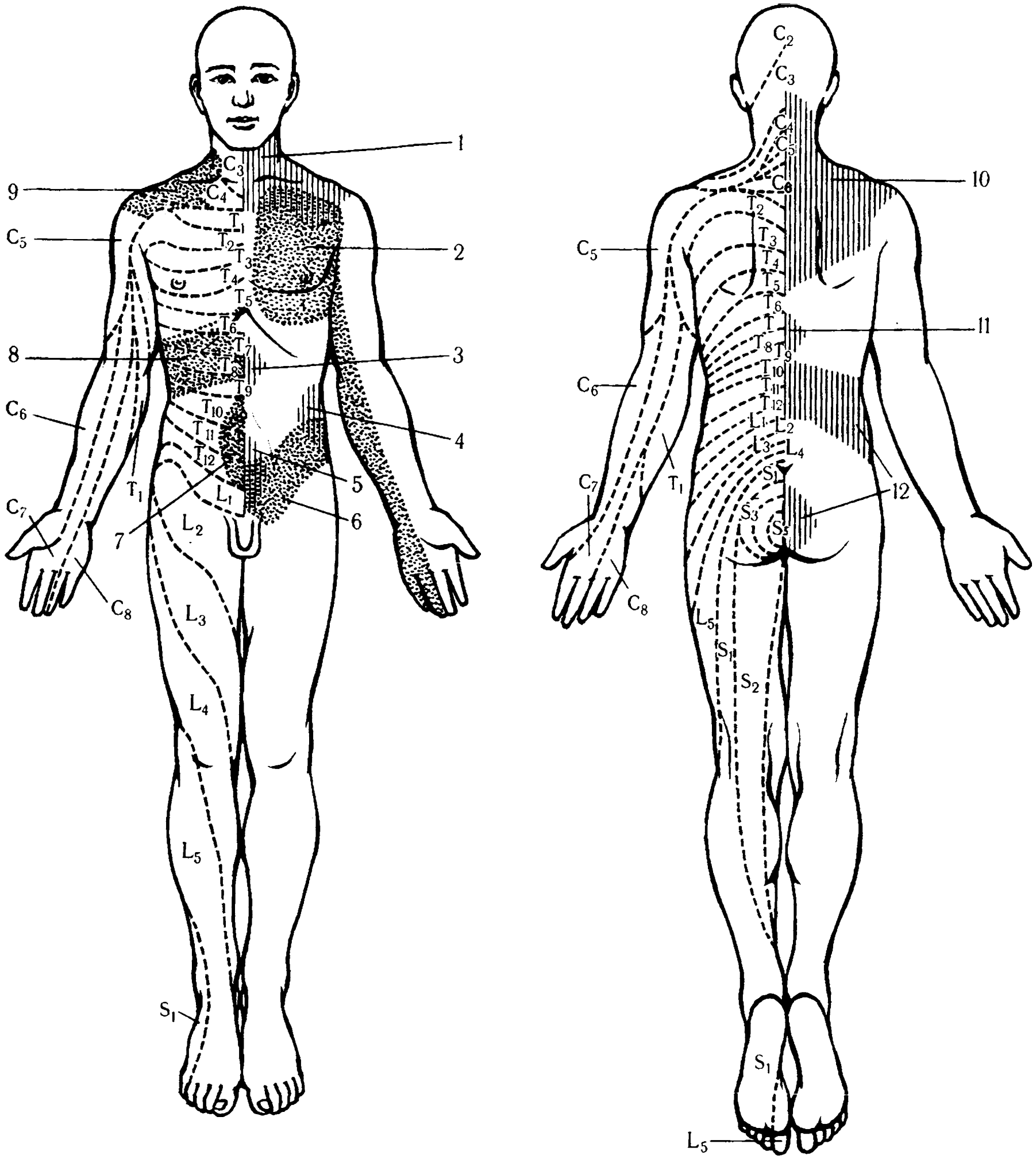


Рис. 248. Зоны отраженной боли (Захарьина — Геда) при заболеваниях внутренних органов — висцеро-сенсорный феномен (наиболее типичная локализация):
1 — легкое; *2* — сердце; *3* — желудок, поджелудочная железа; *4* — почка; *5* — мочевой пузырь; *6* — мочеточник; *7* — кишечник; *8* — печень и желчный пузырь; *9* — капсула печени; *10* — легкое, бронхи; *11* — поджелудочная железа, желудок; *12* — мочеполовые органы (соотношение между внутренними органами и сегментарными зонами гипералгезии: легкое — $C_3—C_4$, $T_2—T_5$; сердце — $C_3—C_5$, $T_1—T_8$; желудок, поджелудочная железа — $T_7—T_9$; кишечник — $T_9—T_{12}$; печень — $C_3—C_4$, $T_8—T_{10}$; желчный пузырь — $T_8—T_9$ ($T_5—T_7$); почка — T_{10} ($T_{11}—L_1$); мочеточник — $T_{11}—T_{12}$, L_1; мочевой пузырь — $T_{11}—T_{12}$, L_1, $S_3—S_4$; яички, яичник — T_{10}; придаток яичек, маточная труба — $T_{11}—T_{12}$; тело матки — $T_{10}—L_1$; шейка матки — $S_1—S_4$; предстательная железа — $T_{10}—T_{11}$, $S_1—S_3$, S_5).

Сеанс поверхностной многоигольчатой акупунктуры можно разделить на несколько этапов. Первый этап — раздражение общего порядка, предполагающее создание фона для возможного дальнейшего специфического лечения. Предусматривает нанесение раздражений вдоль позвоночного столба и крестца. В зависимости от локализации процесса более продолжительному и интенсивному воздействию подвергают соответствующие отделы позвоночного столба (сегментарное воздействие): при заболеваниях верхних конечностей — шейный; органов грудной клетки — шейный, начиная с III позвонка, и грудной, заканчивая VIII позвонком; органов брюшной полости — грудной, начиная с V позвонка, и пояснично-крестцовый, органов малого таза и ниж-

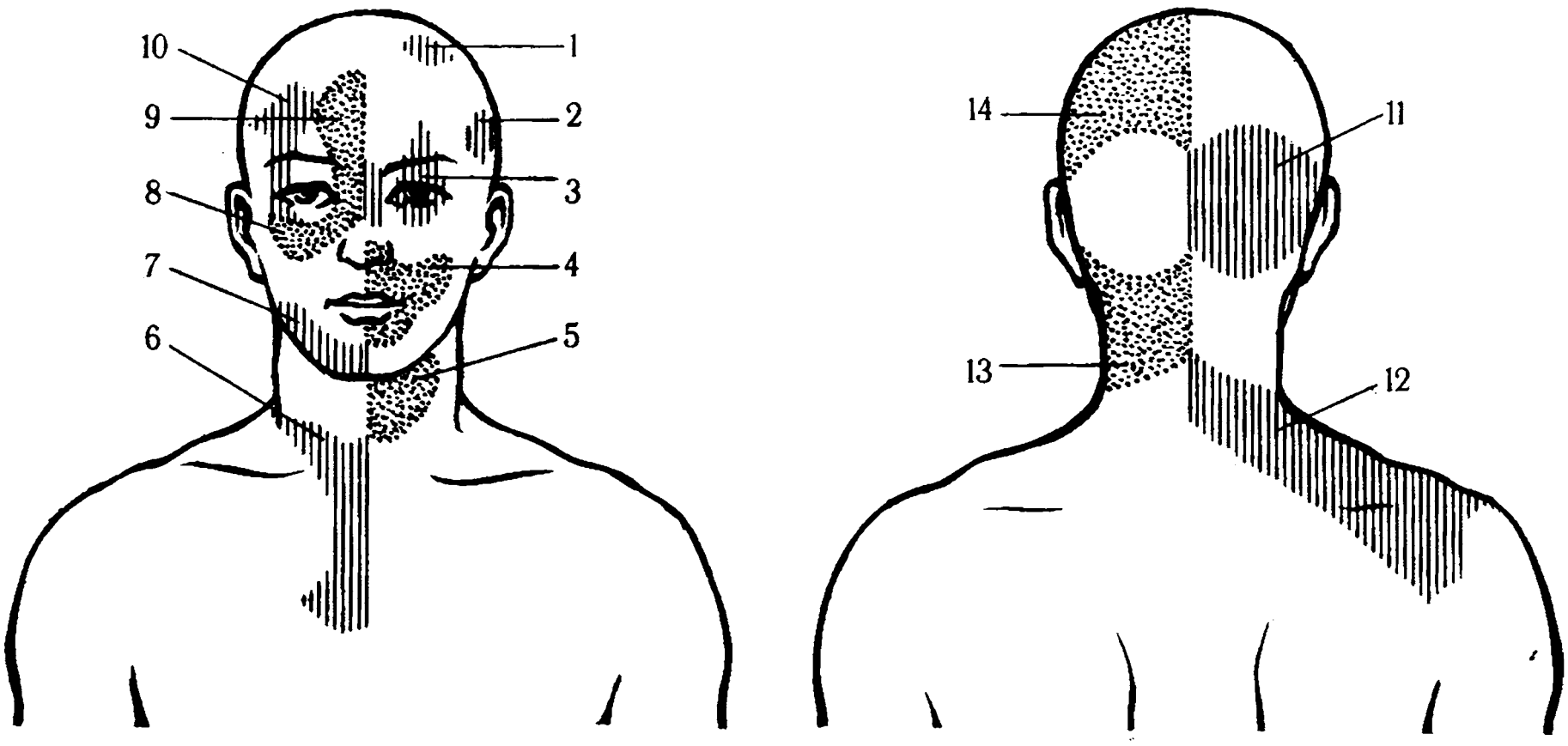


Рис. 249. Зоны Захарьина — Геда в области головы:

1, 3 — гиперметропия и пресбиопия; *2* — глаукома, поражение желудка, верхних зубов; *4* — поражение дыхательной части носа; *5* — поражение задней части спинки языка, нижнего зуба мудрости; *6* — поражение гортани; *7* — поражение передней половины языка, нижних передних зубов; *8* — глаукома, поражение верхних зубов; *9* — поражение роговицы, передней глазной камеры, придаточных пазух носа, верхних резцов; *10* — поражение органов грудной полости, радужки, глаукома; *11* — поражение задней части языка, органов брюшной полости; *12* — поражение органов грудной и брюшной полостей; *13* — поражение органов грудной полости; *14* — ушные болезни.

них конечностей — пояснично-крестцовый. С достаточной интенсивностью должны также непосредственно раздражаться точки позвоночного столба, болезненные при пальпации остистых отростков. На следующих этапах воздействуют на зоны Захарьина — Геда в соответствии с пораженным органом и на болевые (местные) зоны (рис. 248, 249). Кроме того, предусматривается дополнительное раздражение для снятия каких-либо побочных симптомов (например, нарушений сна, сопровождающих те или иные заболевания, и пр.).

Раздражение пучком игл в различных областях характеризуется определенными особенностями. Ниже приводится описание зон поверхностной многоигольчатой акупунктуры (нумерация по Л. М. Клименко, 1977, с некоторыми изменениями).

Голова, шея

Различают 30 зон воздействия (рис. 250).

1. **Волосистая часть головы.** Используется в качестве самостоятельной зоны и включает в себя теменную (4), затылочную (5), височную (6), частично лобную (3) и сосцевидную (8) зоны. Раздражение вначале на одной половине головы, а затем на другой. Направление первой дорожки (последовательность ударов) — спереди назад по ходу срединной линии, последующие идут параллельно ей на одной половине головы, затем перпендикулярно, образуя сетку. Таким же образом воздействие осуществляют и на другой половине головы.

2. **Околоушная зона.** Используется в качестве самостоятельной, включая части височной (6), сосцевидной (8), околоушно-жевательной (16) и ушной зон. Раздражение по нескольким (2—4) кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром; первая следует непосредственно вокруг ушной раковины.

3. **Лобная зона.** Как и на волосистой части головы (1), раздражение раздельное на каждой половине головы. Направление дорожек взаимно перпендикулярное (в виде сетки): вначале воздействие осуществляется по продольным дорожкам от надбровных дуг к передней границе волосистой части головы, затем по поперечным.

4. **Теменная зона.** См. 3[1].

5. **Затылочная зона.** См. 3 или 4.

6. **Височная зона.** См. 3 или 4, 5.

7. **Зона виска.** Используется в ряде случаев как самостоятельная. Раздражение путем ритмичных поколачиваний (20—50 ударов) области акупунктурной точки РС9 (тай-ян).

8. **Зона сосцевидного отростка.** Раздражение по нескольким (2—4) кольцевидным

[1] Здесь и далее — номер зоны.

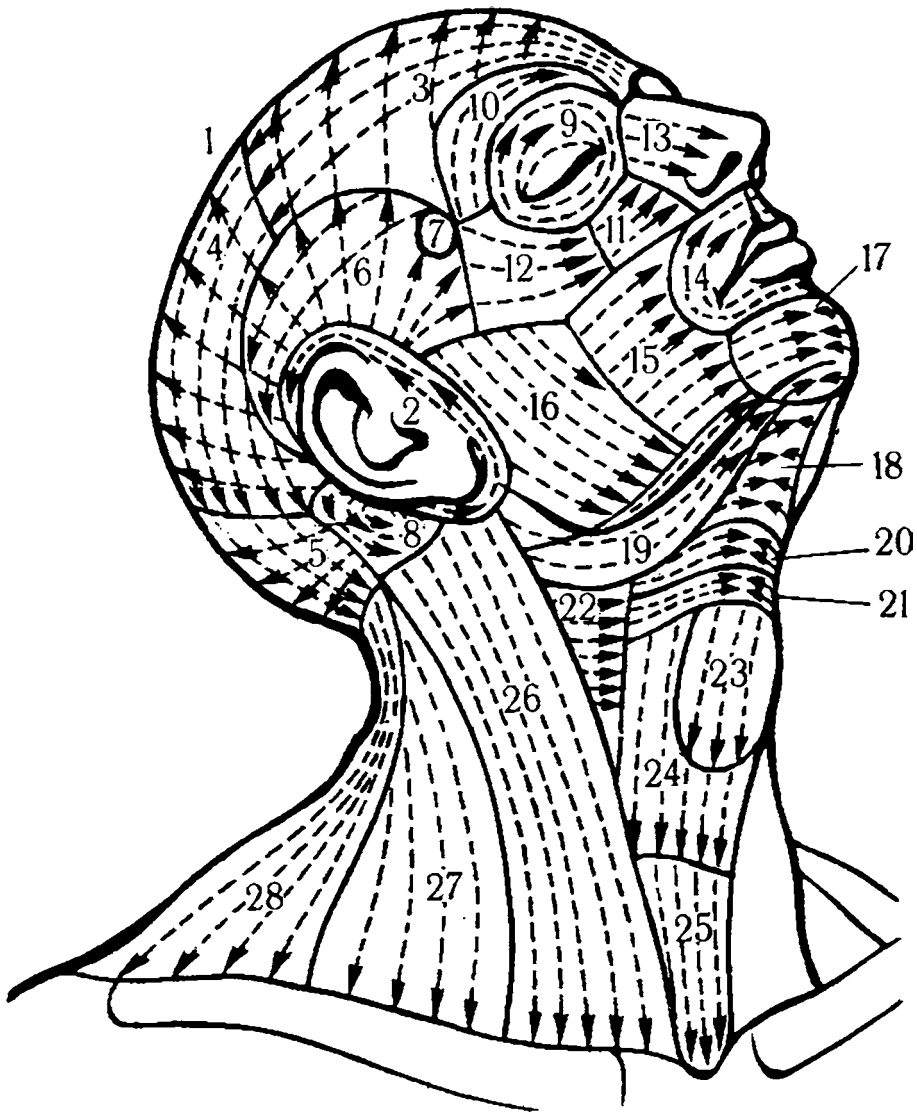


Рис. 250. Зоны поверхностной многоигольчатой акупунктуры в области головы, шеи.

дорожкам с возрастающим диаметром: первая следует непосредственно по вер-хушке сосцевидного отростка, расстояние между дорожками около 5 мм, расстояние между ударами минимальное.

9. **Глазничная зона.** При стимуляции веки больного сомкнуты. Воздействие по 2—4 кольцевидным дорожкам вдоль верхнего и нижнего века, степень раздражения только слабая (!).

10. **Надглазничная зона.** Раздражение по нескольким кольцевидным дорожкам, параллельно краю глазницы.

11. **Подглазничная зона.** См. 10.

12. **Скуловая зона.** Воздействие по нескольким кольцевидным дорожкам, параллельным глазничному краю, вдоль скуловой кости, по направлению к носу.

13. **Зона носа.** Вначале раздражение кожи проводят по дорожке, соответствующей срединной линии носа, от его корня к кончику, а затем по нескольким параллельным дорожкам, воздействуя на боковые отделы носа.

14. **Зона рта.** Воздействие на кожу верхней и нижней губы, исключая кайму. Дорожки кольцевидные, количество — 2—4.

15. **Щечная зона.** Стимуляция по горизонтальным параллельным дорожкам в медиальном направлении.

16. **Околоушно-жевательная зона.** Раздражение осуществляют по 3—4 параллельным дорожкам вдоль ветви нижней челюсти. Направление ударов — сверху вниз.

17. **Подбородочная зона.** Раздражение по горизонтальным параллельным дорожкам в медиальном направлении.

18. **Подподбородочная зона.** См. 17.

19. **Подчелюстная зона.** См. 17.

20. **Подъязычная зона.** См. 17.

21. **Подподъязычная зона.** См. 17.

22. **Зона каротидной ямки.** См. 17.

23. **Гортанная зона.** Раздражение по нескольким вертикальным параллельным дорожкам, первая из которых следует по срединной линии шеи. Направление ударов сверху вниз.

24. **Щитовидная зона.** См. 23.

25. **Надгрудинная зона.** См. 23 или 24.

26. **Грудино-ключично-сосцевидная зона.** Стимуляция по параллельным дорожкам вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Направление ударов свехру вниз.

27. **Латеральная зона шеи.** Раздражение по вертикальным дорожкам по направлению сверху вниз. Часто эту зону объединяют с грудино-ключично-сосцевидной (26).

28. **Задняя зона шеи.** Стимуляция по продольным дорожкам, направление ударов сверху вниз.

29. **Зона шейного отдела позвоночного столба.** Раздражение вначале по срединной линии, между остистыми отростками шейных позвонков (направление ударов сверху вниз), затем еще по 2—3 параллельным дорожкам на каждой стороне.

30. **Зона VII шейного позвонка.** Раздражение путем ритмичных поколачиваний в акупунктурной зоне Т(XIII)14 (да-чжуй) (20—50 ударов).

Передняя поверхность туловища

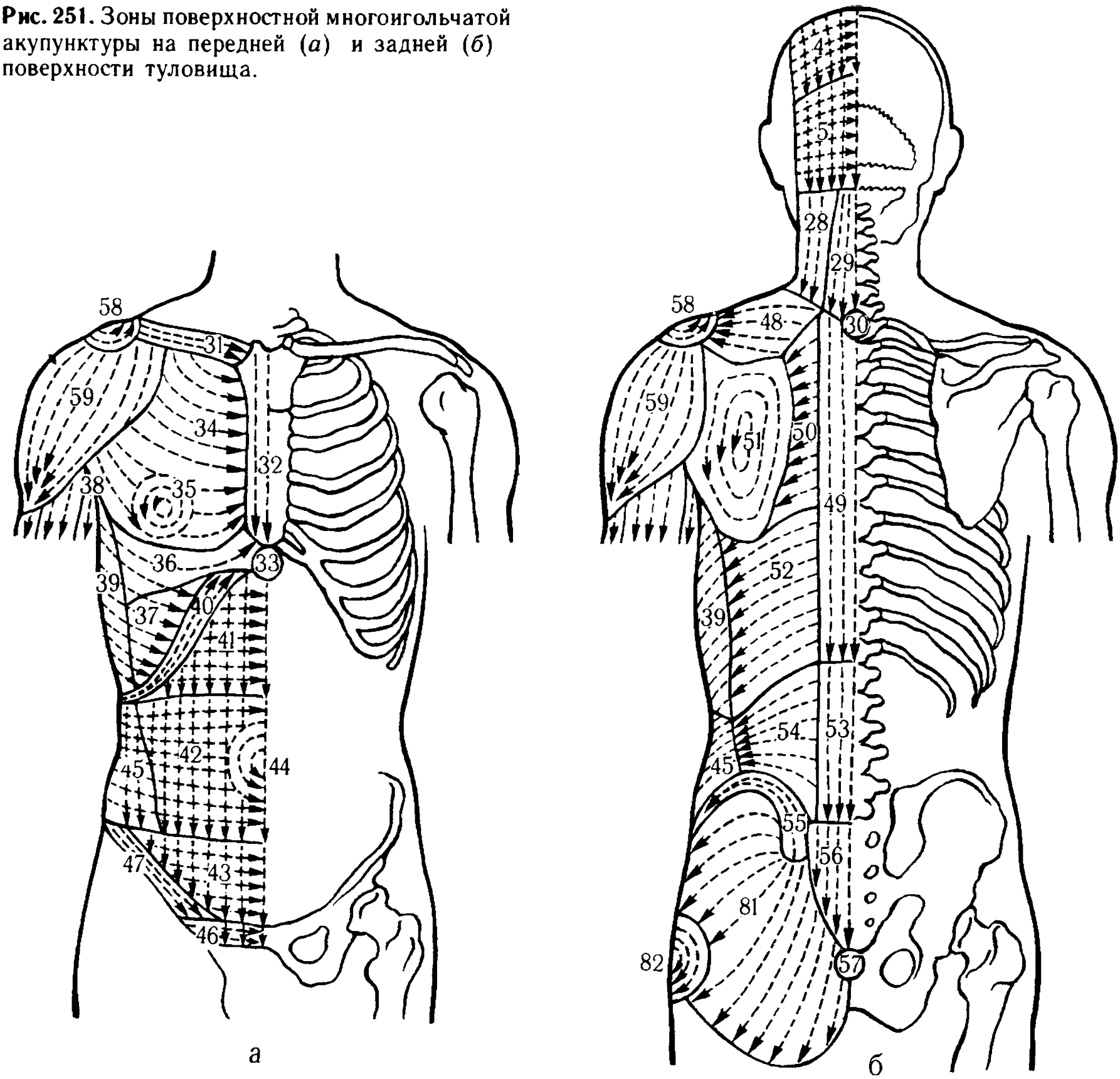
На передней поверхности туловища различают 17 зон воздействия (рис. 251, *а*).

31. **Ключичная зона.** Раздражение вдоль контура ключицы по нескольким параллельным дорожкам, направление ударов от плечевых суставов к яремной вырезке грудины.

32. **Грудинная зона.** Раздражение вначале по срединной линии грудины (направление ударов сверху вниз), а затем еще по нескольким параллельным дорожкам с каждой стороны.

33. **Зона мечевидного отростка.** Используется в ряде случаев как самостоятельная.

Рис. 251. Зоны поверхностной многоигольчатой акупунктуры на передней (*а*) и задней (*б*) поверхности туловища.



а б

Раздражение путем ритмичных поколачиваний (20—50 ударов) по контуру мечевидного отростка.

34. **Подключичная зона.** Стимуляция по поперечным дорожкам вдоль межреберий, направление ударов от передней подмышечной линии к грудине. Первая дорожка проходит под ключицей, последующие — по межреберьям.

35. **Зона молочной железы.** Используется в ряде случаев как самостоятельная. Раздражение по нескольким кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром. Первая следует непосредственно вокруг соска; количество дорожек зависит от размеров молочной железы.

36. **Зона под молочной железой.** Как правило, объединяется с подключичной (34), зоной молочной железы (35) и латеральнее реберной дуги (37), составляя вместе зону передней поверхности грудной клетки. Раздражение вдоль межреберий от передней подмышечной линии в медиальном направлении, начиная с верхних (подключичных) отделов зоны.

37. **Зона латеральнее реберной дуги.** См. 36.

38. **Подмышечная зона.** Стимуляция по 3—4 кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром.

39. **Зона боковой поверхности грудной клетки.** Раздражение вдоль межреберий, частично захватывая подмышечную зону (38). Направление ударов от задней подмышечной линии к передней.

40. **Зона края реберной дуги.** Раздражение вдоль края реберной дуги по нескольким параллельным дорожкам в медиальном направлении.

41. **Зона верхней части живота.** Раздражение по взаимно перпендикулярным дорожкам: вначале по вертикальным — сверху вниз, затем по горизонтальным — в медиальном направлении.

42. **Зона средней части живота.** См. 41.

43. **Зона нижней части живота.** См. 41 или 42.

44. **Околопупочная зона.** Иногда используется как самостоятельная. Воздействие по кольцевидным дорожкам с увеличивающимся диаметром.

45. **Зона боковой поверхности живота.** Раздражение по взаимно перпендикулярным дорожкам: по вертикальным — сверху вниз, затем по горизонтальным — в медиальном направлении.

46. **Лобковая зона.** Раздражение по взаимно перпендикулярным дорожкам: вначале вдоль верхней ветви лобковой кости (2—3 параллельных дорожки в медиальном направлении), затем по срединной линии вдоль лобкового симфиза сверху вниз и по нескольким параллельным дорожкам с каждой стороны.

47. **Зона паховой складки.** Стимуляция по 3—4 параллельным дорожкам вдоль паховой складки в медиальном направлении.

Задняя поверхность туловища

Различают 10 зон воздействия (рис. 251, *б*).

48. **Надлопаточная зона.** Раздражение по нескольким поперечным дорожкам, по направлению от позвоночной области к плечевым суставам.

49. **Зона грудного отдела позвоночного столба.** Раздражение вначале по срединной линии спины, между остистыми отростками грудных позвонков, по направлению сверху вниз, а затем еще по 2—3 параллельным дорожкам на каждой стороне.

50. **Межлопаточная зона.** Раздражение по поперечным дорожкам, по направлению от позвоночной области к медиальному краю лопатки, начиная с верхних отделов зоны.

51. **Зона лопатки.** Раздражение в лопаточной области по нескольким кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром.

52. **Подлопаточная зона.** Стимуляция вдоль межреберий по направлению от позвоночной области к задней подмышечной линии. Первая дорожка следует в верхних отделах зоны.

53. **Зона поясничного отдела позвоночного столба.** Стимуляция аналогична зонам шейного (29) и грудного (49) отделов позвоночного столба. Вначале рекомендуется раздражать кожу между остистыми отростками поясничных позвонков по направлению сверху вниз, а затем еще по 2—3 параллельным дорожкам с каждой стороны.

54. **Поясничная зона.** Раздражение по поперечным дорожкам от позвоночной области кнаружи; первая дорожка у XII ребра, последняя — у подвздошного гребня.

55. **Зона подвздошного гребня.** Стимуляция по нескольким параллельным дорожкам вдоль подвздошного гребня, по направлению от позвоночного столба кнаружи.

56. **Зона крестцового отдела позвоночного столба.** См. 29, 49 или 53.

57. **Зона копчика**. Обычно объединяется с зоной крестцового отдела позвоночного столба (56). При использовании в качестве самостоятельной раздражение аналогично таковому в зоне мечевидного отростка (33).

Верхняя конечность

Область верхней конечности подразделяется на 23 зоны (рис. 252, *а, б*).

58. **Акромиальная зона.** Раздражение вокруг возвышения акромиона по нескольким кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром.

59. **Дельтовидная зона.** Воздействие вдоль дельтовидной мышцы по направлению сверху вниз, по дорожкам, сходящимся к месту ее прикрепления к плечевой кости.

60. **Медиальная зона плеча.** Раздражение по продольным дорожкам по направлению сверху вниз.

61. **Передняя зона плеча.** См. 60.

62. **Латеральная зона плеча.** См. 60.

63. **Задняя зона плеча.** См. 60.

64. **Медиальная зона локтя.** Обычно объединяется с передней (65) и латеральной (66) зонами локтя. Раздражение по трем дорожкам, каждая из которых последовательно проходит медиальную (64), переднюю (65) и латеральную (66) зоны локтя, начинаясь у медиальной стороны локтевого отростка локтевой кости. Рекомендуется описывать первую дорожку по кожной складке локтевого сгиба, вторую и третью — примерно на 5 мм выше и ниже первой.

65. **Передняя зона локтя.** См. 64.

66. **Латеральная зона локтя.** См. 64.

67. **Задняя зона локтя.** Раздражение вокруг локтевого отростка локтевой кости по нескольким кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром. Расстояние между ударами в первой дорожке минимальное.

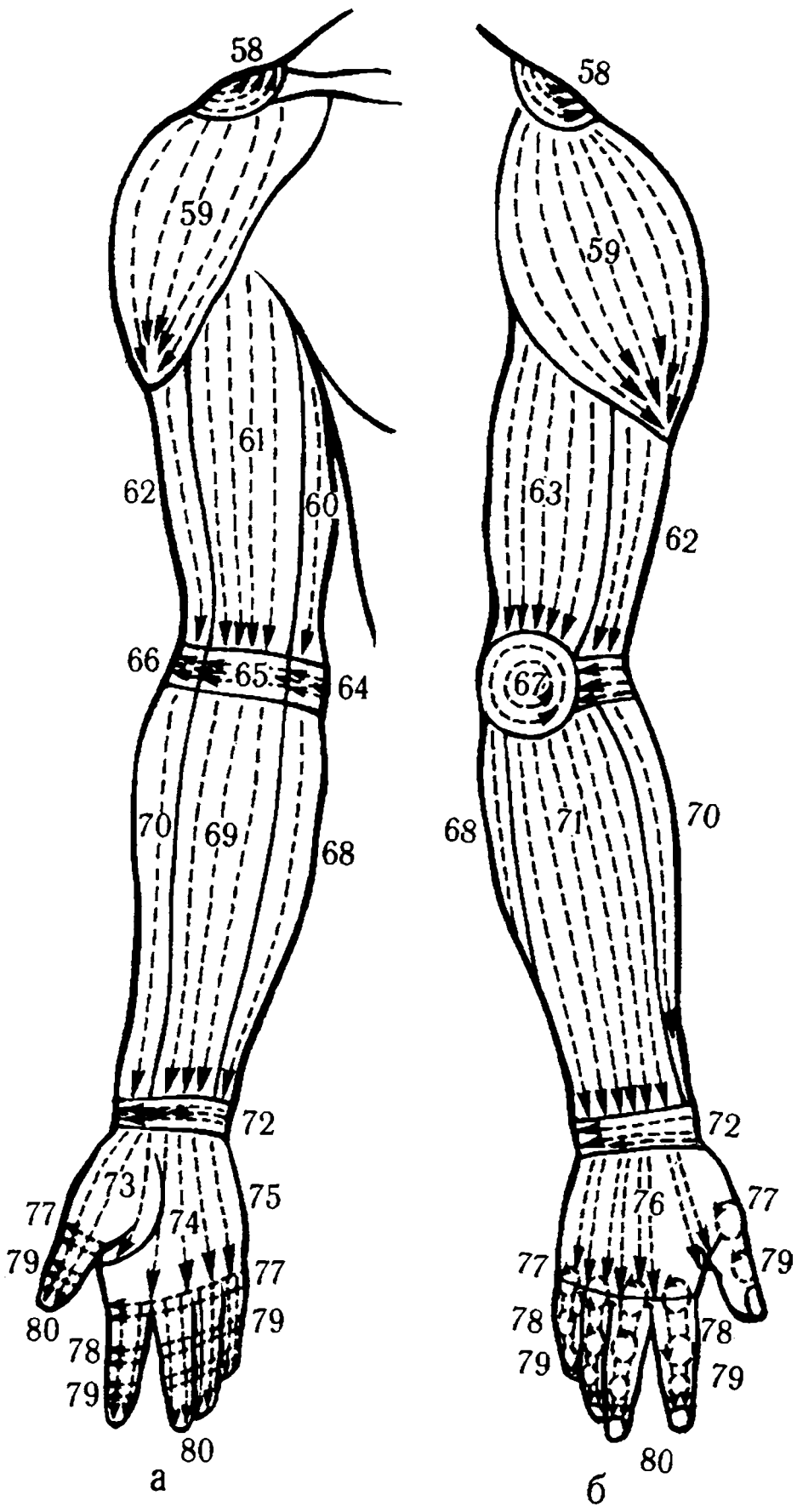


Рис. 252. Зоны поверхностной многоигольчатой акупунктуры на передней (*а*) и задней (*б*) поверхности верхней конечности.

68. **Медиальная зона предплечья.** См. 60—63.

69. **Передняя зона предплечья.** См. 68.

70. **Латеральная зона предплечья.** См. 68.

71. **Задняя зона предплечья.** См. 68.

72. **Зона лучезапястного сустава.** Как и в области локтевого сустава, раздражение по трем дорожкам: первая проходит по кожной складке лучезапястного сустава, вторая и третья — примерно на 5 мм проксимальнее и дистальнее первой. Направление ударов — от локтевой стороны сустава.

73. **Зона тенара** (возвышения большого пальца кисти). Стимуляция по нескольким продольным дорожкам по направлению от лучезапястного сустава до первого пястно-фалангового сустава.

74. **Ладонная зона кисти.** Раздражение вдоль межпястных промежутков в дистальном направлении.

75. **Зона возвышения V пальца кисти.** См. 73.

76. **Тыльная зона кисти.** См. 74.

77. **Ладонные и тыльные зоны пястно-фаланговых суставов.** Воздействие можно осуществлять в зоне каждого сустава по кольцевидным дорожкам, но, как правило, его проводят по нескольким поперечным дорожкам в области всех пястно-фаланговых суставов.

78. **Ладонные и тыльные зоны пальцев кисти.** Раздражение по нескольким продольным дорожкам в дистальном направлении, по ладонной и тыльной поверхности каждого пальца.

79. **Зоны проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кисти.** Стимуляция по кольцевидным дорожкам (обычно по 2—3) с возрастающим диаметром вокруг каждого сустава. Расстояние между ударами, особенно на первой дорожке, минимальное. Можно проводить воздействие по нескольким поперечным дорожкам, захватывая все суставы.

80. **Зоны дистальных фаланг пальцев кисти.** Раздражение путем ритмичных поколачиваний по кончикам пальцев (точки РС 86 (ши-сюань), по 20—50 ударов для каждого.

Нижняя конечность

Область нижней конечности подразделяется на 24 зоны (рис. 253).

81. **Ягодичная зона.** Раздражение по дорожкам, следующим от пояснично-крестцовой области кнаружи и книзу.

82. **Зона тазобедренного сустава.** Раздражение по 4—5 кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром вокруг большого вертела бедренной кости.

83. **Медиальная зона бедра.** Раздражение по продольным дорожкам, по направлению сверху вниз.

84. **Передняя зона бедра.** См. 83.

85. **Латеральная зона бедра.** См. 83.

86. **Задняя зона бедра.** См. 83.

87. **Передняя зона коленного сустава.** Раздражение по 4 возрастающим по диаметру кольцевидным дорожкам: первая — по надколеннику, вторая — по его краю, третья и четвертая — кнутри и кнаружи от надмыщелков бедренной кости.

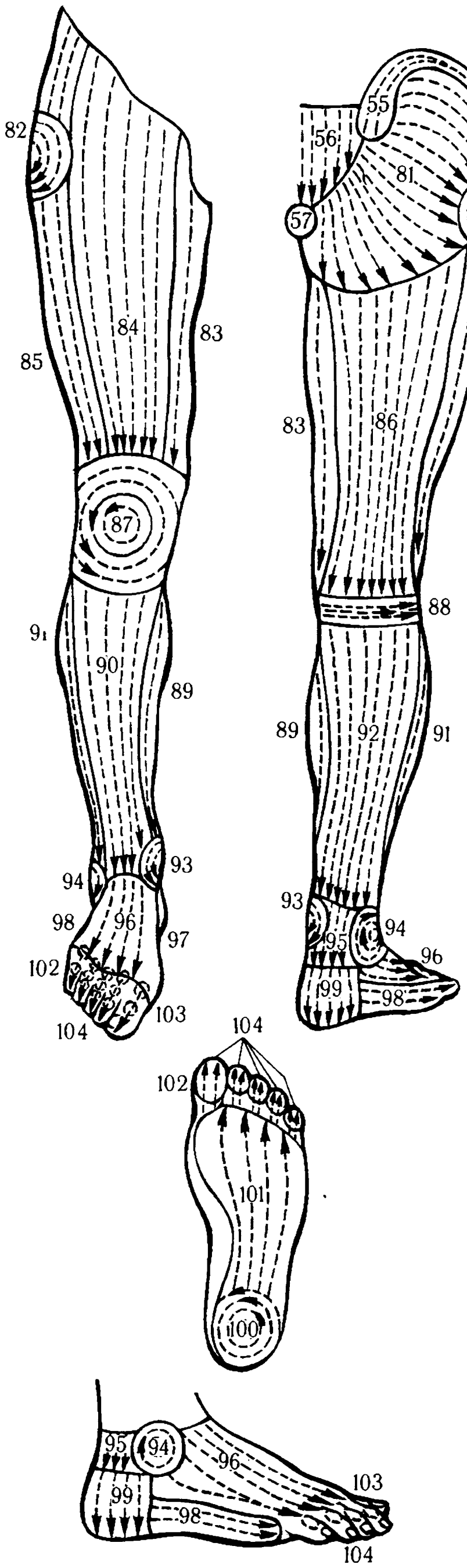


Рис. 253. Зоны поверхностной многоигольчатой акупунктуры нижней конечности.

88. **Задняя зона коленного сустава.** Раздражение по трем поперечным дорожкам в латеральном направлении: первая дорожка следует по кожной складке подколенной ямки, вторая и третья — примерно на 10 мм выше и ниже первой.

89. **Медиальная зона голени.** См. 83—86.

90. **Передняя зона голени.** См. 89.

91. **Латеральная зона голени.** См. 89.

92. **Задняя зона голени.** См. 89.

93. **Зона медиальной лодыжки.** Раздражение вокруг лодыжки по нескольким кольцевидным дорожкам с возрастающими диаметрами.

94. **Зона латеральной лодыжки.** См. 93.

95. **Медиальная и латеральная позадилодыжковые зоны.** Раздражение по нескольким продольным дорожкам, по направлению сверху вниз.

96. **Тыльная зона стопы.** Раздражение вдоль межплюсневых промежутков, от области голеностопного сустава до плюснефаланговых суставов.

97. **Зона медиального края стопы.** Раздражение вдоль медиального края стопы, по 2—3 продольным дорожкам от области медиальной лодыжки до первого плюснефалангового сустава.

98. **Зона латерального края стопы.** См. 97.

99. **Пяточная зона.** Раздражение кожи пяточной области, за исключением ее подошвенной поверхности, по вертикальным дорожкам, по направлению сверху вниз.

100. **Зона подошвенной поверхности пяточной области.** Воздействие по нескольким кольцевидным дорожкам с возрастающим диаметром.

101. **Подошвенная зона стопы.** Раздражение по продольным дорожкам, от зоны подошвенной поверхности пяточной области (100) вдоль межплюсневых промежутков до плюснефаланговых суставов.

102. **Тыльные и подошвенные зоны пальцев стопы.** Раздражение по нескольким продольным дорожкам в дистальном направлении, по подошвенной и тыльной поверхности каждого пальца.

103. **Зоны плюснефаланговых и межфаланговых суставов стопы.** Стимуляция по кольцевидным дорожкам (обычно 2—3) с возрастающим диаметром вокруг каждого сустава. Расстояние между ударами, особенно на первой дорожке, минимальное.

104. **Зоны дистальных фаланг пальцев стопы.** См. 80.

ГЛАВА 5

МИКРОАКУПУНКТУРНЫЕ СИСТЕМЫ

Современная рефлексотерапия располагает богатым арсеналом самых разнообразных методов. В настоящее время проводятся интенсивные исследования с целью повышения эффективности акупунктурных воздействий и расширения сферы применения рефлексотерапии. С этим связана разработка в последнее время целого ряда микроакупунктурных систем (МАС). Наиболее известны МАС назальных, оральных точек, радужки глаза, кисти, стопы, скальпа головы. Перечисленные МАС предложены на основе древних и современных концепций и подходов применительно к рефлекторным связям. Следует отметить, что на данном этапе они существуют больше в теоретическом аспекте и в европейских странах (кроме краниопунктуры) применяются мало. Между тем их правильное использование значительно расширяет возможности рефлексотерапии. Наряду с применением в качестве терапевтических систем, оценка состояния МАС, имеющих соматотопическое деление, позволяет установить локализацию, а в ряде случаев характер патологического процесса. Таким образом, осуществляется неспецифическая топическая диагностика заболеваний.

По существу, к МАС можно отнести и аурикулотерапию.

Как аурикулотерапия, так и все МАС функционально связаны с традиционной корпоральной акупунктурой и дополняют ее.

Зоны краниопунктуры

Краниопунктура (скальптерапия, церебральная акупунктура) — разрабатываемая в последнее время микроакупунктурная система, в основе которой лежит воздействие на особые зоны, расположенные в области скальпа. Точки скальпа в классическом иглоукалывании используют давно. Однако при краниопунктуре воздействие проводится не изолированно на одну точку, а на целую зону, локализация которой в определенной мере совпадает с анатомической проекцией структур головного мозга, преимущественно коры большого мозга. Известно около 20 линейно расположенных зон, стимуляция которых оказывает терапевтический эффект. Так, определены моторная, сенсорная, оптическая, слуховая, речевая, вазомоторная и другие линии. При использовании данной акупунктурной системы получены обнадеживающие результаты при ряде тяжелых заболеваний нервной системы: последствий инсульта, посттравматической энцефалопатии, паркинсонизма, эпилепсии, расстройств речи и зрения центрального генеза, болезни Меньера и др.

Лечебный эффект краниопунктуры находит теоретическое подтверждение в современных нейроанатомических и нейрофизиологических данных об общности иннервации отдельных областей мозга и скальпа (например, участие V пары черепных нервов в иннервации оболочек мозга и скальпа; вегетативные сосудистые сплетения скальпа и мозга, имеющие общий «материнский» источник, и др.). Естественно, что в таких случаях стимуляция определенной зоны скальпа ведет к функциональным изменениям соответствующей области коры большого мозга, где имеют свое представительство различные функции организма.

Первичные проекционные сенсорные и моторные области коры большого мозга иллюстрируют ставшие теперь классическими схемы Пенфилда (рис. 254, *а, б*). Размеры различных участков тела на них соответствуют представительству двигательных и чувствительных функций организма в предцентральной и постцентральной извилинах коры большого мозга. Зрительная проекционная область находится в затылочной доле, на внутренней поверхности полушария, в области шпорной борозды. Слуховая проекционная область коры расположена в височной доле, в верхней височной извилине и на внутренней поверхности височной доли, в извилинах Гешля. Функциональная система речи объединяет различные отделы полушарий большого мозга. В основном корковое представительство речевой функциональной системы связано с

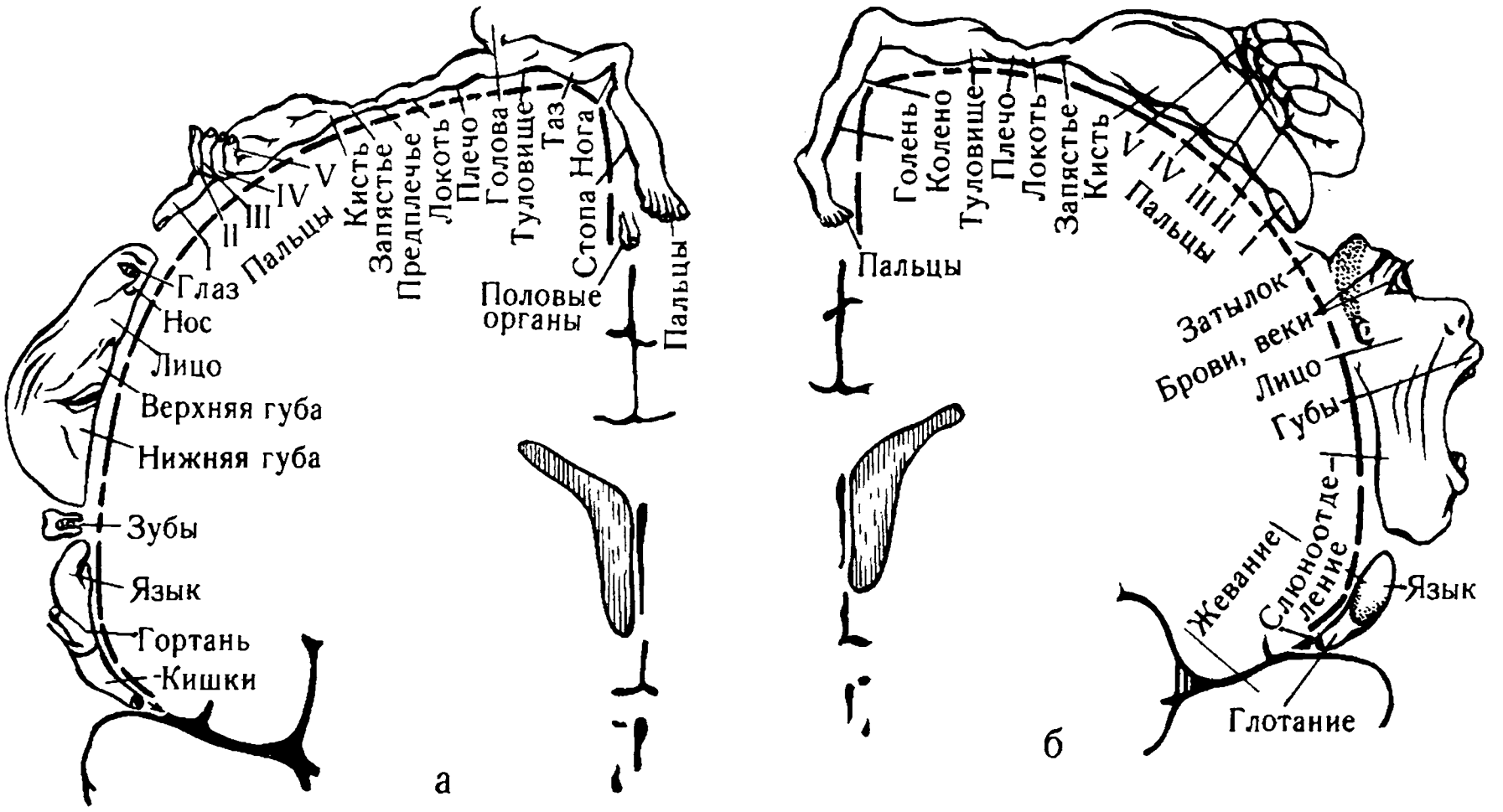


Рис. 254. Представительство чувствительных функций в постцентральной (*а*) и двигательных функций в предцентральной (*б*) извилинах коры большого мозга.

вторичными и третичными зонами лобных, теменных и височных долей мозга (наиболее известны моторная область Брока в заднем отделе нижней лобной извилины и сенсорная область Вернике в заднем отделе верхней височной извилины).

В коре большого мозга представлены также рецепторные поля внутренних органов. Висцеральная афферентация с интерорецепторов поступает в соответствующие отделы коры, взаимодействуя с соматическими сенсорными системами, что приводит к образованию соматовисцеральных афферентных перекрытий на этом уровне (см. «Аурикулярные акупунктурные зоны», с. 197). Так, доказано, что все внутренние органы, посылающие информацию в головной мозг по чревным и брыжеечным нервам, имеют свое представительство в постцентральной извилине коры большого мозга.

Корковое представительство ряда функций (слух, зрение, осязание) многократно дублируется во вторичных и третичных областях. Кроме того, в целостной функции головного мозга большое значение имеет взаимодействие между корковыми отделами различных сенсорных систем и исполнительными двигательными системами. Нарушение такого взаимодействия клинически проявляется в виде апраксии и афатических расстройств.

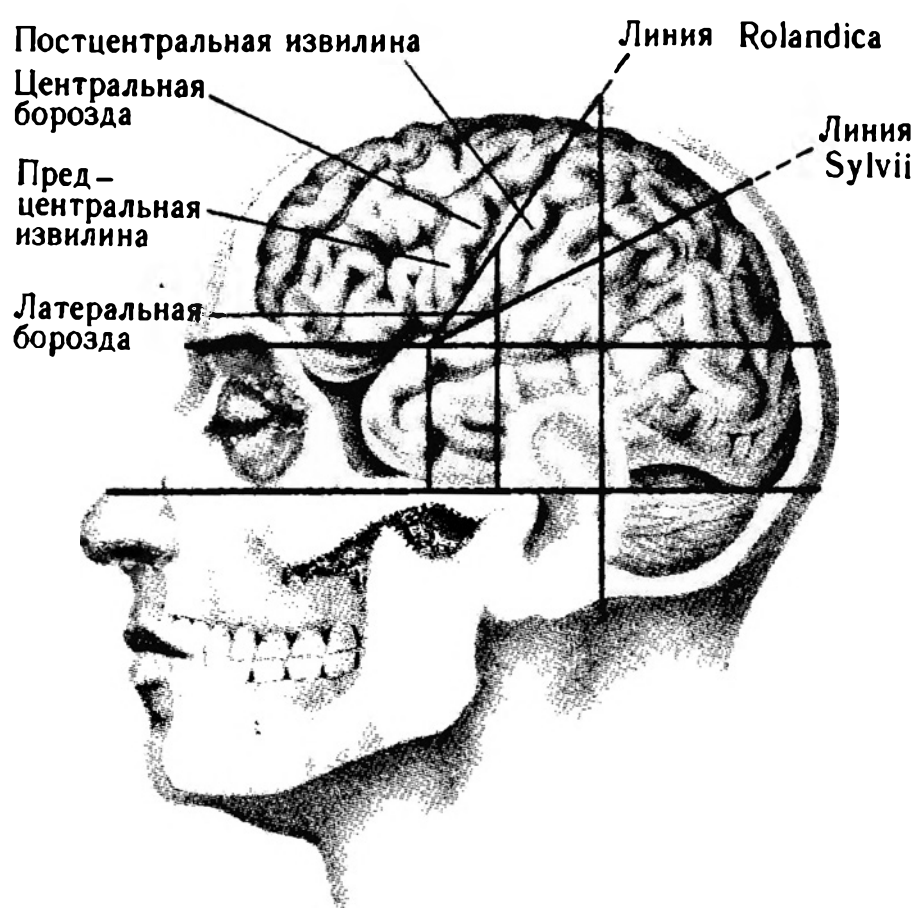
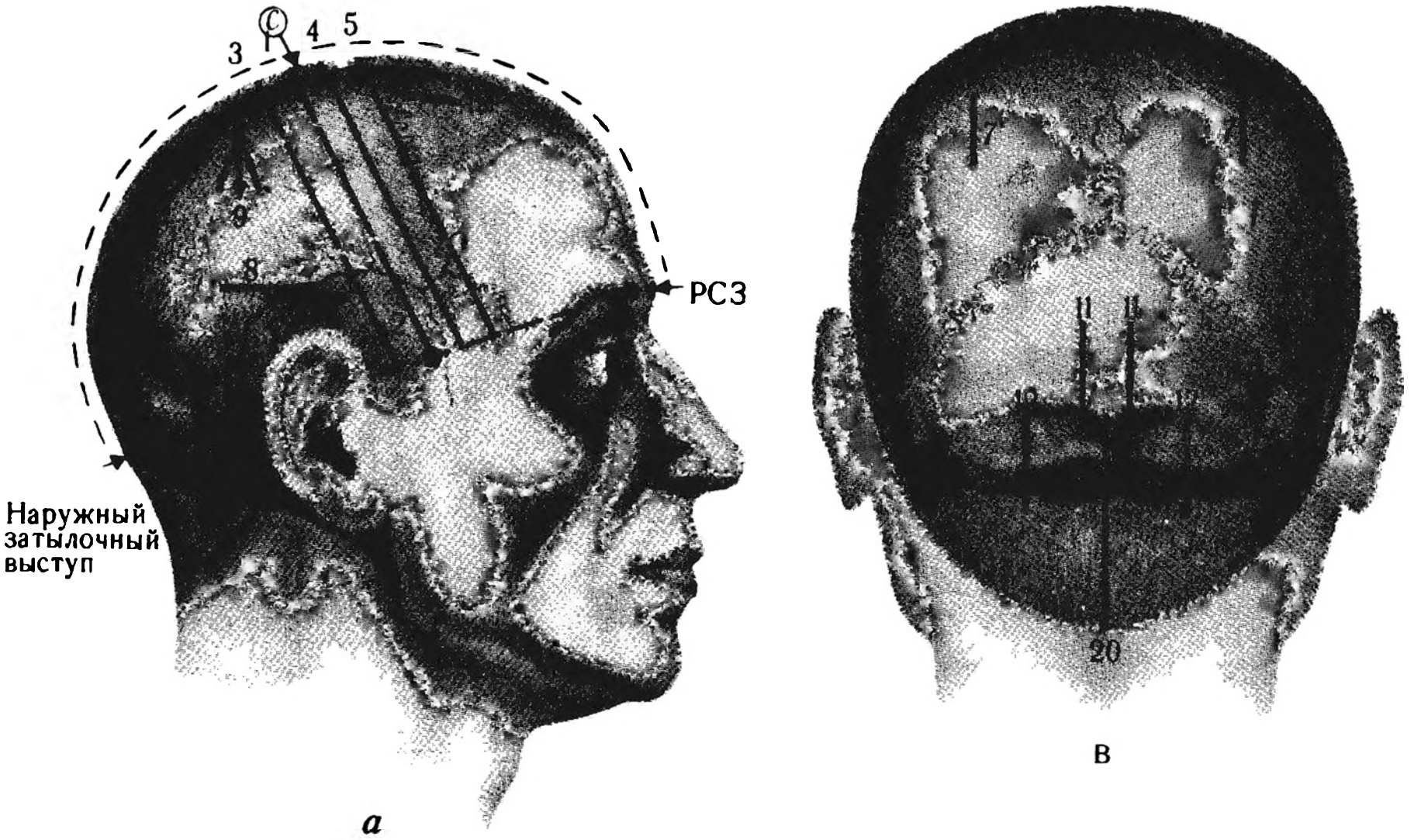
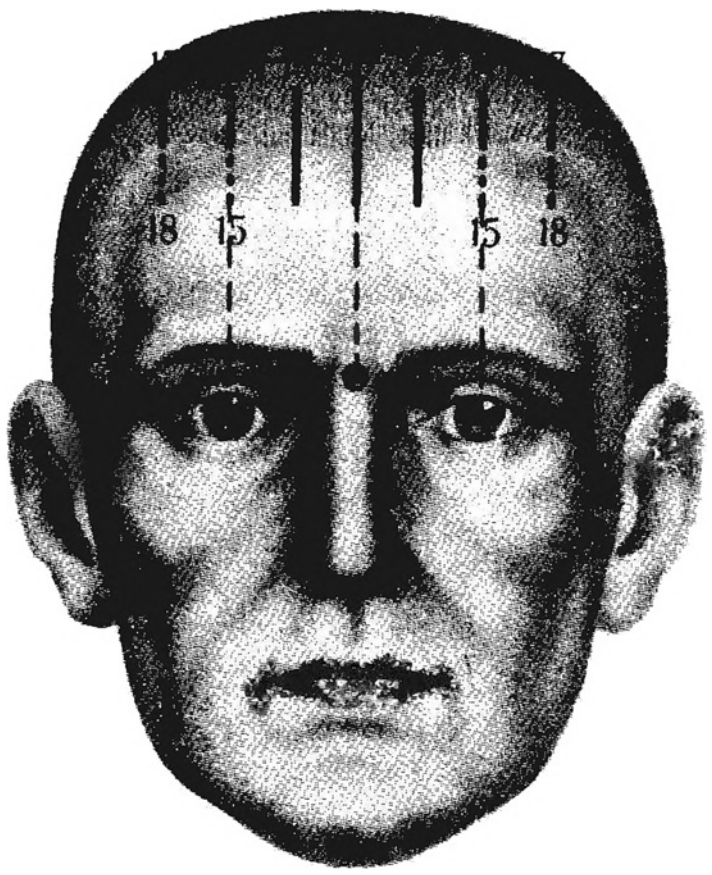


Рис. 255. Схема Кренлейна.

Определять проекции основных борозд и извилин большого мозга можно по общепринятой схеме Кренлейна (рис. 255). Ориентировочные пункты ее следующие: нижняя горизонтальная линия проходит через нижний край глазницы и верхний край наружного слухового отверстия; верхняя горизонтальная линия — параллельно нижней, через верхний край глазницы; передняя



а В



б

Рис. 256. Зоны краниопунктуры:
а — вид сбоку; *б* — вид спереди; *в* — вид сзади.

вертикальная линия — от середины скуловой дуги, средняя — от головки нижней челюсти, задняя — через задний край основания сосцевидного отростка. Центральная борозда проецируется на роландовой линии, проведенной от точки пересечения задней вертикальной линии с сагиттальным швом к точке пересечения передней вертикальной линии с верхней горизонтальной. Кпереди от центральной борозды находится предцентральная извилина, кзади — постцентральная. Латеральная борозда (является передневерхней границей височной доли) проецируется на биссектрису угла, образованного верхней горизонтальной и роландовой линиями (проекцией центральной борозды).

Локализация зон краниопунктуры уточняется по отношению к двум линиям отсчета (рис. 256, *а*): первая — сагиттальная линия от nasion к inion — соединяет точку РСЗ (инь-тан) между бровями и верхушку наружного затылочного выступа, вторая — бровезатылочная линия — проходит через верхний край бровей и наружный затылочный выступ. Кроме того, необходимо определить середину сагиттальной линии отсчета (точка С). Правильное определение этого пункта зависит от точности определения наружного затылочного выступа.

Выбор стороны воздействия на скальп неврологический, т. е. при болевом синдроме в левой половине тела воздействуют на зоны справа, и наоборот (исключение составляет центральный паралич мышц лица). Если патологический процесс двусторонний или имеется расстройство речи центрального генеза, краниопунктуру следует проводить с обеих сторон.

При стимуляции зон скальптерапии акупунктурные иглы вводят почти горизон-

тально на всю длину зоны (можно использовать 2 иглы, вводя их навстречу друг другу с противоположных концов зоны). После введения игл манипулируют ими (повороты влево-вправо) в течение 1—1,5 мин с паузами между манипуляциями 5—10 мин. Стимуляция должна быть довольно сильной, однако манипуляции иглами не рекомендуется производить более 2 мин, чтобы не вызвать потери сознания.

Для длительного воздействия (1—3 суток) вдоль зоны краниопунктуры устанавливают несколько микроигл, которые закрепляют пластырем и периодически проводят раздражение путем надавливания пальцами. Используется электрическая стимуляция зон краниопунктуры через введенные иглы, а также лазерная краниопунктура с поверхности кожи в соответствующих зонах.

Общее время стимуляции зависит от цели лечения и его переносимости. Краниопунктура может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с корпоральной и аурикулярной рефлексотерапией. При этом необходимо учитывать индивидуальные особенности больного, его общее состояние, возраст и др. Лицам пожилого возраста краниопунктуру следует проводить особенно осторожно.

Ниже приводится топографическая характеристика зон краниопунктуры и основные показания для воздействия на них.

1. **Моторная зона** — представляет собой линию, которая соединяет две точки: верхнюю — примерно на 5 мм кзади от центра сагиттальной линии отсчета и нижнюю — на пересечении бровезатылочной линии отсчета с передней границей роста волос в височной области (если она выражена нечетко, можно провести вертикаль от середины скуловой дуги). Используя схему Кренлейна, моторную зону определяют кпереди от роландовой линии (см. рис. 255). Верхняя пятая часть зоны соответствует нижней конечности и туловищу, средние две пятых — верхней конечности, нижние — мышцам лица (см. рис. 254).

Показания: центральный паралич и парез нижних конечностей — верхняя пятая часть зоны, верхних конечностей — средние две пятых, центральный паралич мышц лица, слюнотечение — нижние.

2. **Речевая зона I** — соответствует нижним двум пятым моторной зоны.

Показания: моторная афазия.

3. **Сенсорная зона** — примерно на 1,5 см кзади и параллельно моторной зоне. По схеме Кренлейна, находится кзади от роландовой линии. Верхняя пятая часть зоны соответствует нижним конечностям, туловищу, голове, средние две пятых — верхним конечностям, нижние — лицу.

Показания: боль или парестезии в нижних конечностях, пояснице, болевой синдром в шейно-затылочной области, шум в голове — верхняя пятая часть зоны; болевой синдром и чувствительные нарушения в области верхних конечностей — средние две пятых; мигрень, невралгия тройничного нерва, зубная боль — нижние.

4. **Зона купирования гиперкинезов** — примерно на 1,5 см кпереди от моторной зоны и параллельно ей. Соответствует премоторной области коры большого мозга.

Показания: гиперкинетический синдром при паркинсонизме, хорее, торсионной дистонии, двойном атетозе и др.

5. **Вазомоторная зона** — примерно на 1,5 см кпереди от зоны купирования гиперкинезов и параллельно ей.

Показания: отеки конечностей при центральных параличах (трофические отеки коркового происхождения).

6. **Вестибуло-кохлеарная зона** — соответствует отрезку горизонтальной линии длиной около 4 см, середина которого расположена на расстоянии примерно 1,5 см от верхушки ушной раковины.

Показания: снижение слуха, шум в ушах, головокружение, синдром Меньера.

7. **Речевая зона II** — длиной около 3 см, локализуется параллельно сагиттальной линии отсчета, книзу и кзади от теменного бугра.

Показания: алексия, амнестическая афазия.

8. **Речевая зона III** — отрезок горизонтальной линии длиной около 4 см, проходит от центра вестибуло-кохлеарной зоны кзади.

Показания: сенсорная афазия.

9. **Психомоторная зона** — состоит из трех полосок длиной около 3 см каждая: первая, вертикальная, спускается от теменного бугра, две другие образуют угол 40° с вершиной в верхней (начальной) точке первой полоски.

Показания: апраксия.

10. **Моторно-сенсорная зона ноги** — длиной около 3 см, локализуется параллельно сагиттальной линии отсчета, примерно на

1 см от нее, спереди пересекается с верхней частью моторной зоны, сзади — сенсорной.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, люмбалгия, полиурия центрального происхождения, энурез.

11. **Оптическая зона** — длиной около 4 см, параллельно сагиттальной линии отсчета, примерно на 1 см кнаружи от нее, нижний край зоны соответствует уровню наружного затылочного выступа.

Показания: нарушение зрительных функций центрального генеза.

12. **Зона равновесия** — длиной около 4 см, локализуется параллельно сагиттальной линии отсчета, примерно на 3,5 см кнаружи от нее, верхний край зоны соответствует уровню наружного затылочного выступа.

Показания: мозжечковая атаксия.

13. **Ринофарингеальная зона** — на сагиттальной линии отсчета, занимает примерно по 2 см выше и ниже передней границы роста волос.

Показания: заболевания глотки, полости рта, носа, бронхоспазм.

14. **Зона желудка** — длиной около 2 см, параллельно сагиттальной линии отсчета, проходит кверху от передней границы роста волос по линии, проведенной через зрачок (вторая боковая линия головы).

Показания: заболевания желудка, боль в верхней части живота.

15. **Гепатобилиарная зона** — длиной около 2 см, ниже передней границы роста волос, как продолжение зоны желудка.

Показания: заболевания печени и желчных путей.

16. **Зона грудной полости** — параллельно сагиттальной линии отсчета, на середине расстояния между ринофарингеальной зоной, зонами желудка и гепатобилиарной; длина зоны около 4 см, середина ее приходится на переднюю границу роста волос.

Показания: бронхиальная астма, бронхит, пароксизмальная тахикардия, нарушение дыхания центрального генеза, боль в области грудной клетки.

17. **Мочеполовая зона** — длиной около 2 см, локализуется параллельно сагиттальной линии отсчета, проходит кверху от передней границы роста волос по линии, проведенной через наружный край глазницы (третья боковая линия головы).

Показания: заболевания мочеполовых органов.

18. **Зона кишок** — длиной около 2 см, ниже передней границы роста волос, как продолжение мочеполовой зоны.

Показания: заболевания кишок.

19. **Психоаффективная зона** — длиной около 2 см, параллельно сагиттальной линии отсчета между задним (верхним) краем зоны грудной полости и верхним краем вазомоторной зоны.

Показания: психоаффективные состояния.

20. **Зона психических заболеваний** — на задней срединной линии, от наружного затылочного выступа до остистого отростка II шейного позвонка.

Показания: психические заболевания.

Микроакупунктурная система экзоназальных точек

Экзоназальную акупунктуру с некоторым приближением можно рассматривать в качестве модификации такой известной рефлексотерапевтической системы, как назотерапия (центротерапия по Боннье). Целенаправленное воздействие на точки носовых ходов дает возможность рефлекторного влияния на определенные органы и функции (рис. 257). В основе эндоназального и экзоназального влияния лежат

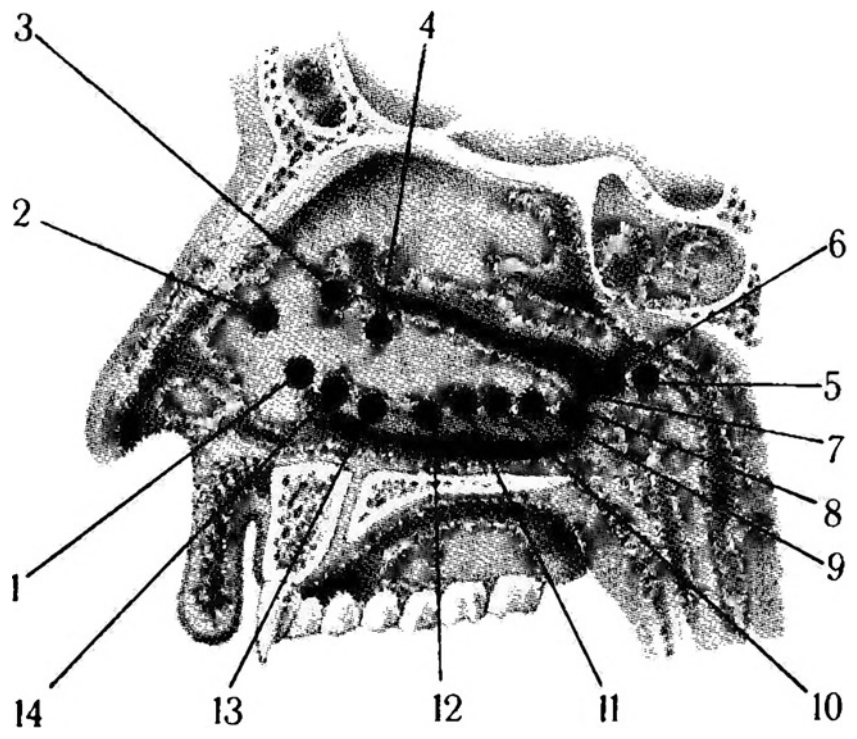


Рис. 257. Эндоназальные рефлексогенные точки системы назотерапии (центротерапии по Боннье):
1 — заболевания сердца, повышение (понижение) артериального давления; *2* — бронхиальная астма, эмфизема легких; *3* — заболевание мочевого пузыря, недержание мочи; *4* — поражение седалищного нерва; *5* — тошнота, рвота; *6* — заболевания уха, головокружения; *7* — заболевания печени, поджелудочной железы; *8* — заболевания желудка; *9* — заболевания почек; *10* — запоры; *11* — энтерит; *12* — геморрой; *13* — заболевания желез внутренней секреции; *14* — нарушение половой функции.

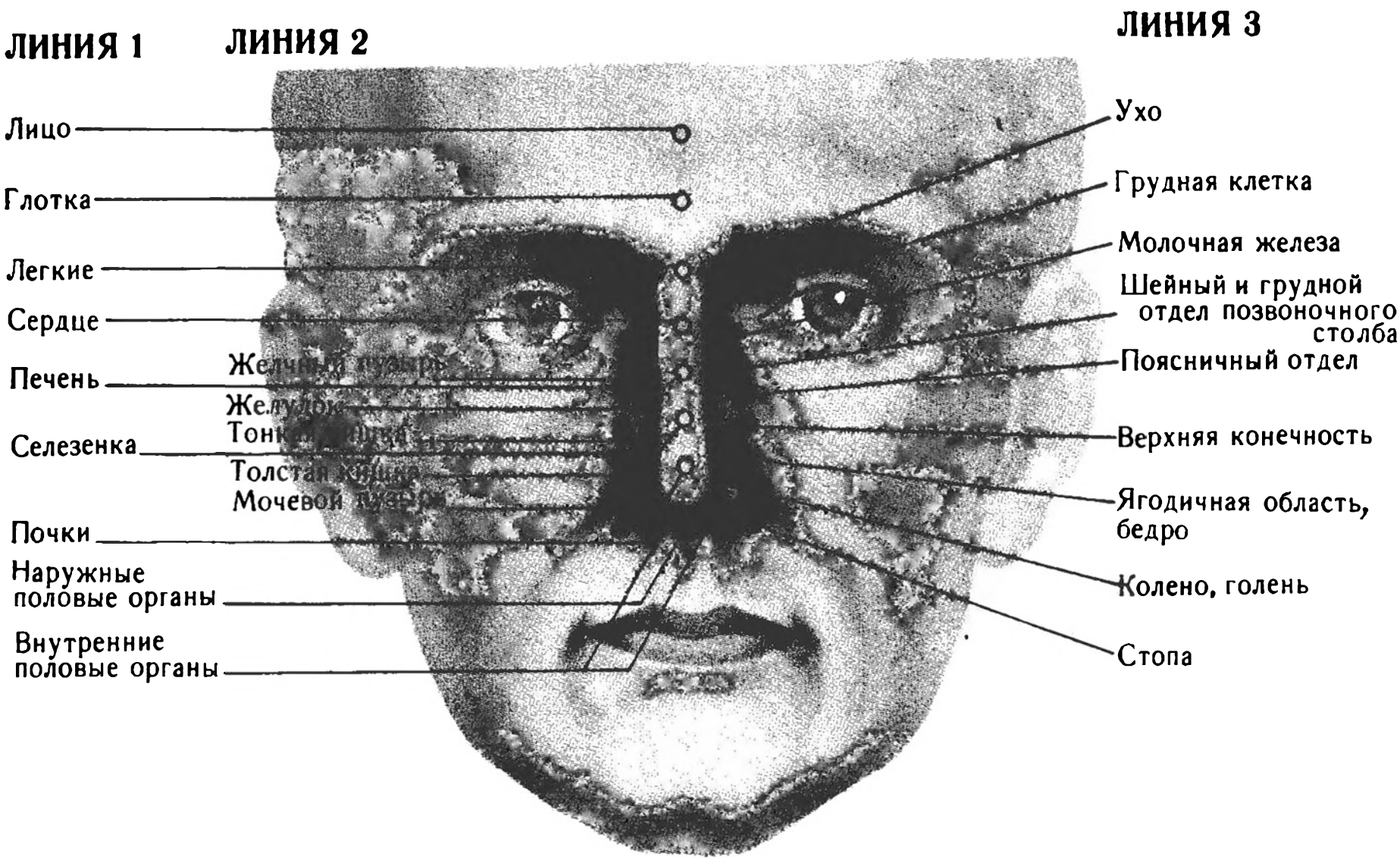


Рис. 258. Микроакупунктурная система экзоназальных точек (38 проекционных зон) (*а*, *б*).

многочисленные центральные связи тройничного нерва, иннервирующего область носа. В последнее время экзоназальную акупунктуру с успехом применяют для обезболивания при хирургических вмешательствах (Chhun Lao, 1978).

Расположение 38 экзоназальных пунктов соответствует трем линиям (рис. 258, *а, б*).

Линия 1 является частью срединной линии лица, начинается в лобной области и заканчивается на кончике носа. На ней сверху вниз расположены проекционные зоны лица, глотки, легких, сердца, печени, селезенки, почек, наружных половых органов, две точки внутренних половых органов (яичники у женщин, яички у мужчин) находятся по обе стороны кончика носа — всего 10 точек.

Линия 2 (парная) начинается на боковой стенке носа, на границе между костной и хрящевой частью (уровень горизонтали, соединяющей наиболее выступающие части скуловых костей) и опускается на крыло носа. Каждая линия содержит по 5 точек, сверху вниз: желчный пузырь, желудок, тонкая кишка, толстая кишка, мочевой пузырь — всего 10 точек.

Линия 3 начинается от медиального края брови и следует кнаружи от линии 2, оканчиваясь в боковой борозде крыла носа. Сверху вниз на ней находятся проекционные зоны уха, грудной клетки, молочной железы, шейно-грудного и поясничного отделов позвоночного столба, верхней конечности, ягодичной области и бедра, колена и голени, стопы — всего 18 точек (по 9 слева и справа).

Экзоназальная акупунктурная аналгезия основывается главным образом на воздействии на зону легких, которое дополняют воздействием на локальные точки органа или участка тела. Поскольку область носа чрезвычайно чувствительна, при стимуляции экзоназальных точек акупунктурные иглы рекомендуется вводить неглубоко (1—2 мм), чтобы не задеть хрящевых или костных образований. Иглу необходимо вначале вводить прямо, а по достижении подкожного слоя можно изменить угол введения. Допускается почти горизонтальное введение иглы с целью раздражения нескольких экзоназальных точек.

На линии 1 в основном рекомендуются наклонные уколы, по направлению сверху вниз, для точек наружных половых органов и почек — прямые. При воздействии на точку внутренних половых органов укол наклонный, по направлению к точке мочевого пузыря. На линиях 2 и 3 уколы преимущественно наклонные, по направлению кнаружи и книзу, за исключением точек уха (направление укола к точке сердца) и грудной клетки (направление к точке молочной железы).

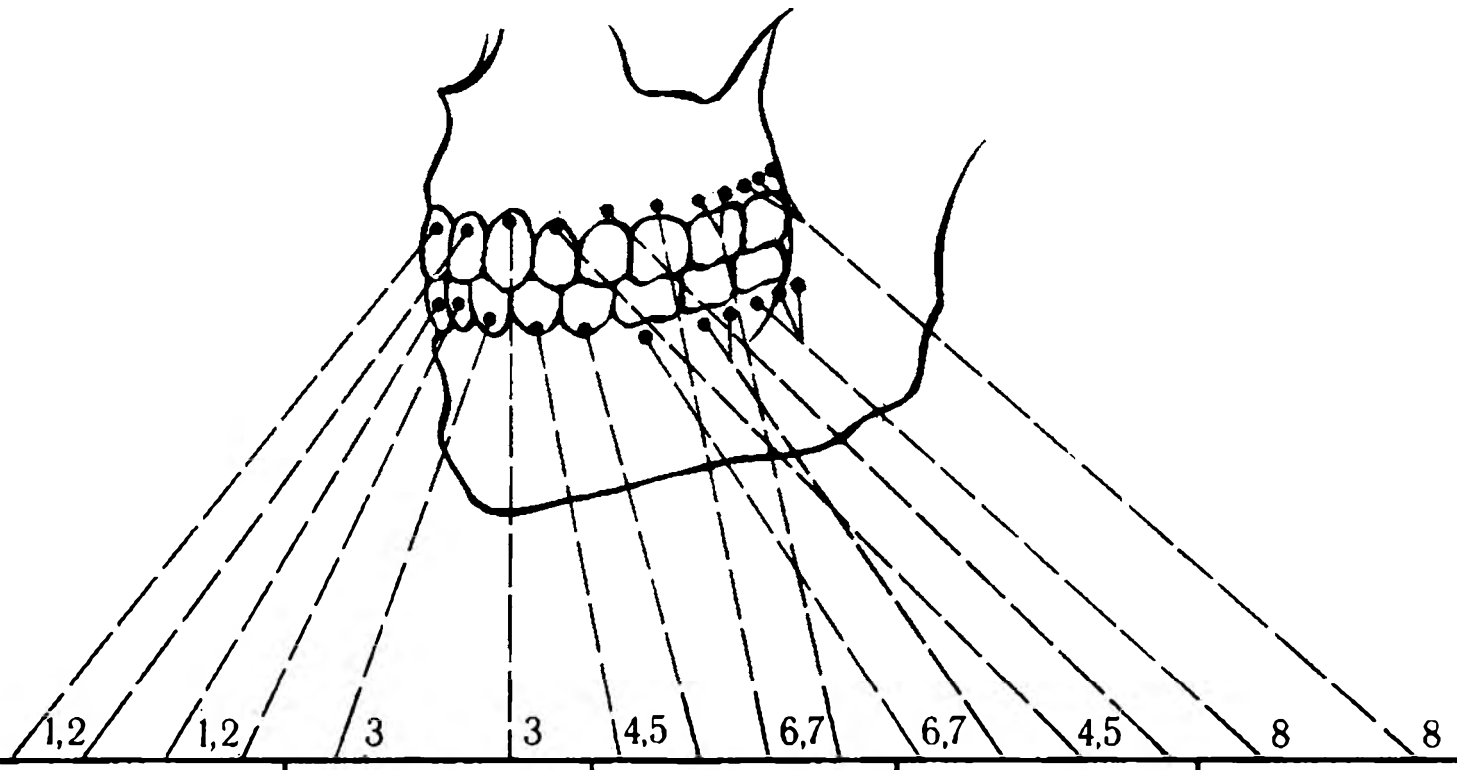
Микроакупунктурная система оральных точек

Оральные точки акупунктуры расположены в области слизистой оболочки щек и губ и при определенных патологических состояниях характеризуются особой чувствительностью. Это позволяет пальпаторно находить их и использовать для функциональной диагностики, сходной с аурикулярной. Связь оральных точек и зубов с различными частями и органами тела в виде афферентных перекрытий на стволовом и вышележащих уровнях центральной нервной системы обусловливает соматотопическое представительство большинства органов и систем. В настоящее время все оральные точки акупунктуры соотносят к 5 функциональным кругам, соответствующим симптоматике 5 пар классических меридианов (рис. 259).

Оральные точки рефлекторно связаны с определенными участками тела гомолатерально. Терапевтический эффект достигается только при точном попадании в точку и наступает немедленно, особенно при боли в мышцах и суставах. Стимуляция оральных точек осуществляется путем инъекций лекарственных веществ (аквапунктура) либо лазеропунктуры при помощи световодов.

Оральные точки акупунктуры находятся напротив зубов на слизистой оболочке губ и щек, примерно на расстоянии 5—15 мм от переходной складки (рис. 260). Наибольшее удаление наблюдается в области резцов, клыков и премоляров. В области резцов нижней челюсти точки расположены напротив зубных коронок, в области моляров и зубов мудрости — приближаются к переходной складке (Gleditsch, 1978).

Раздражением оральных точек акупунктуры можно не только купировать боль различного характера, но и оказывать нормализующее влияние на целый ряд функций.



Органы чувств	Ухо	Глаз	Полость рта, глотка	Нос	Язык
Спинальные сегменты	L_{2-3} S_{2-5}	T_{8-10}	T_{11-12} L_1	C_{5-7} $Г_{2-4}$ L_{4-5}	C_{7-8} T_1, T_{5-7} S_{1-3}
Пазухи	Лобная	Клиновидная	Верхнечелюстная (гайморова)	Решетчатые ячейки	——
Суставы	Нижней конечности	Нижней конечности	Височно-нижнечелюстной, нижней конечности	Верхней конечности	Верхней конечности
Функциональные круги—симптоматика меридианов	VII (мочевого пузыря) VIII (почек)	XI (желчного пузыря) XII (печени)	III (желудка) IV (селезенки, поджелудочной железы)	I (легких) II (толстой кишки)	V (сердца) VI (тонкой кишки)

Рис. 259. Соотношение оральных точек акупунктуры с некоторыми органами и функциями.

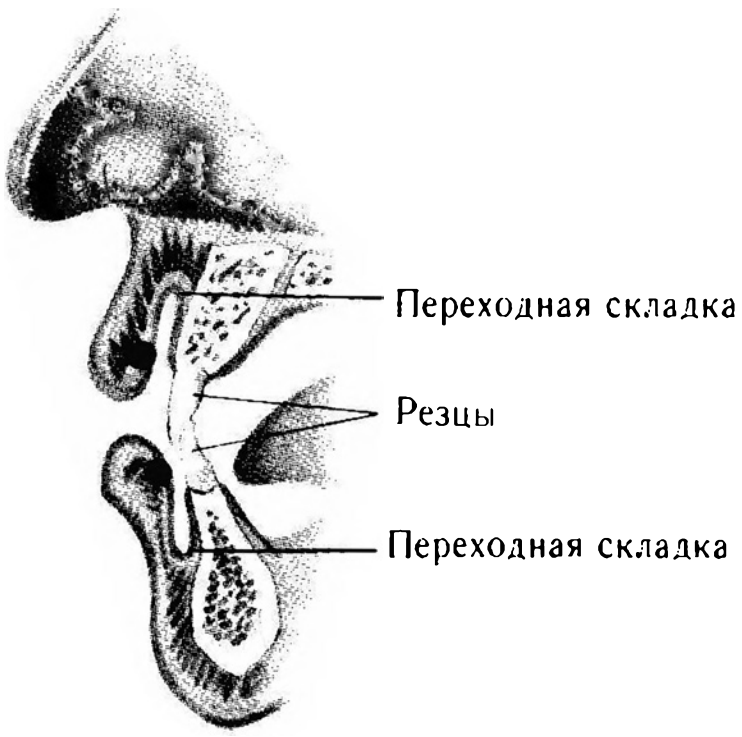


Рис. 260. Локализация оральных точек акупунктуры относительно резцов.

Микроакупунктурные системы кисти и стопы (мано- и педопунктура)

В акупунктурных зонах кисти и стопы соматотопически представлено большинство органов и систем организма (рис. 261, 262). Нервнорефлекторные связи имеют гомолатеральный характер. Акупунктурные зоны на кисти и стопе, подобно аурикулярным, можно использовать в качестве диагностических, дополняя общепринятые методы клинической диагностики. В этих случаях путем пальпации определяют наиболее чувствительные точки и сопоставляют с локализацией органов и частей тела согласно мано- и педопунктурным схемам.

Дистальные отделы пальцев кистей и стоп являются информативными зонами для акупунктурной диагностики функционального состояния меридианов — тест Акабанэ. Тест основан на различной чувствительности рекомендуемых для исследования дистальных точек пальцев верхних и нижних ко-

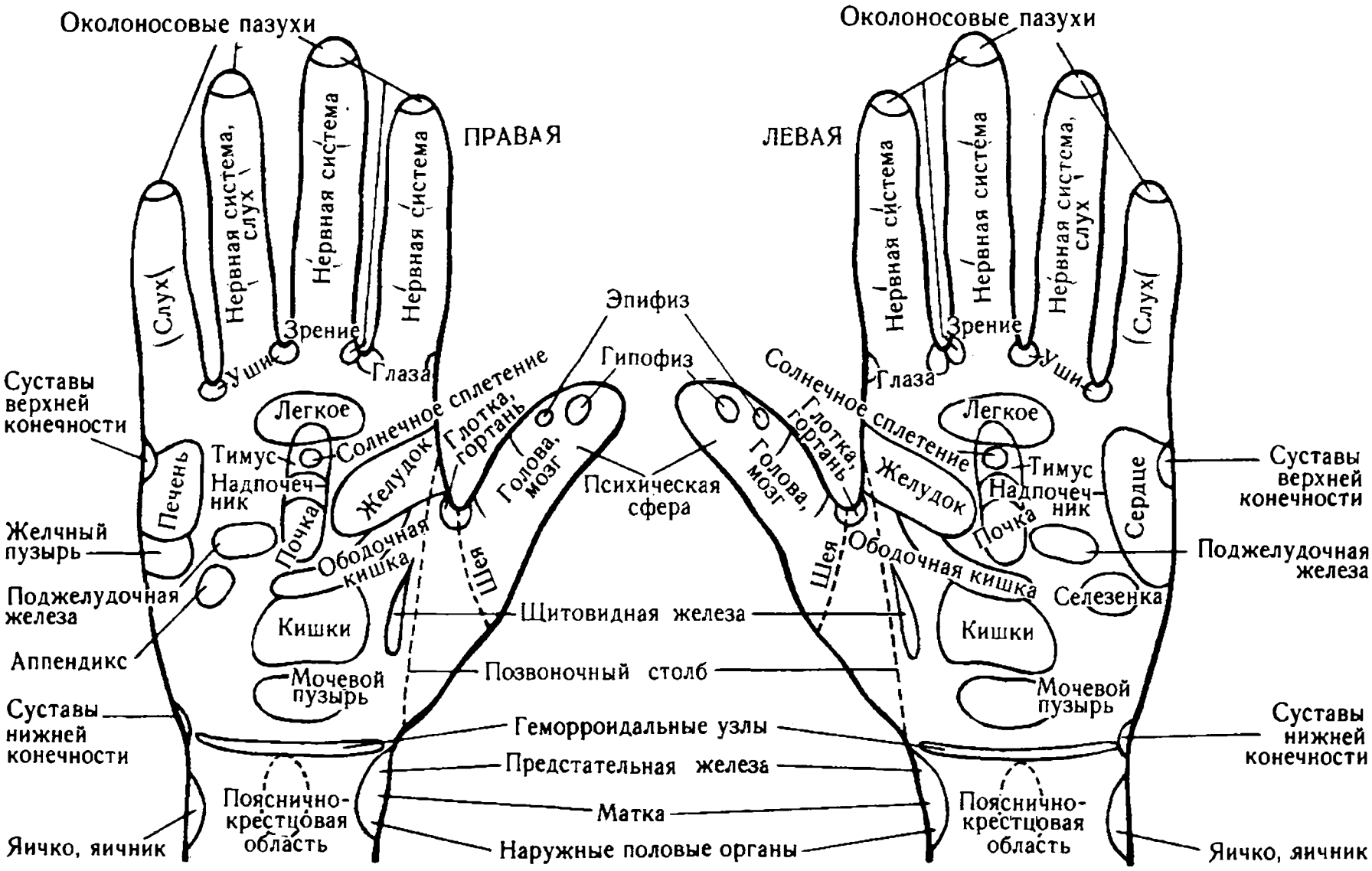
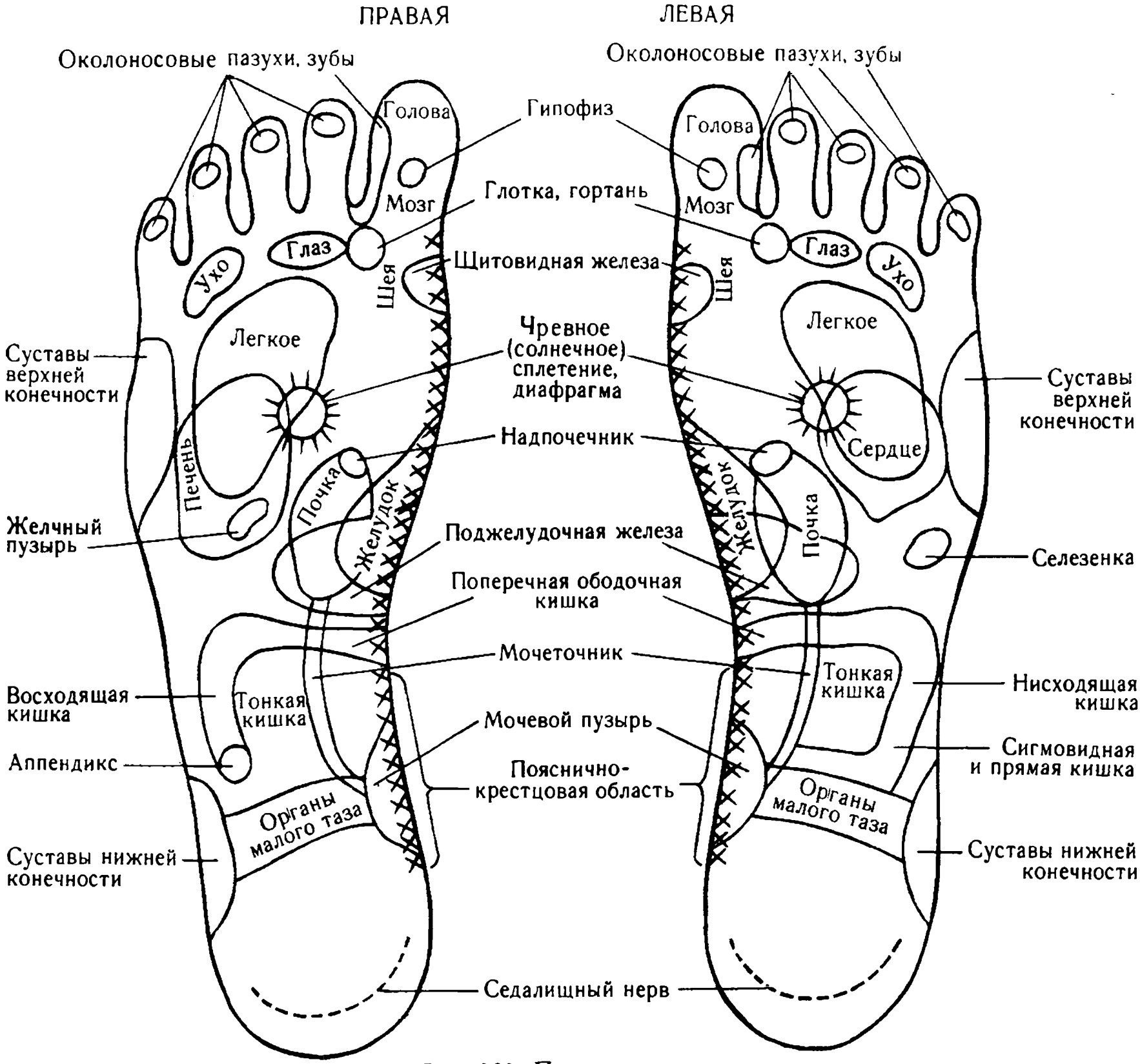


Рис. 261. Проекции органов и участков тела на ладонной поверхности кисти (зоны манопунктуры) (по E. Mc Garrigie, T. Mc Garrigie, 1977).



XXXX – Позвоночный столб

Рис. 262. Проекции органов и участков тела на подошвенной поверхности стопы (зоны педопунктуры).

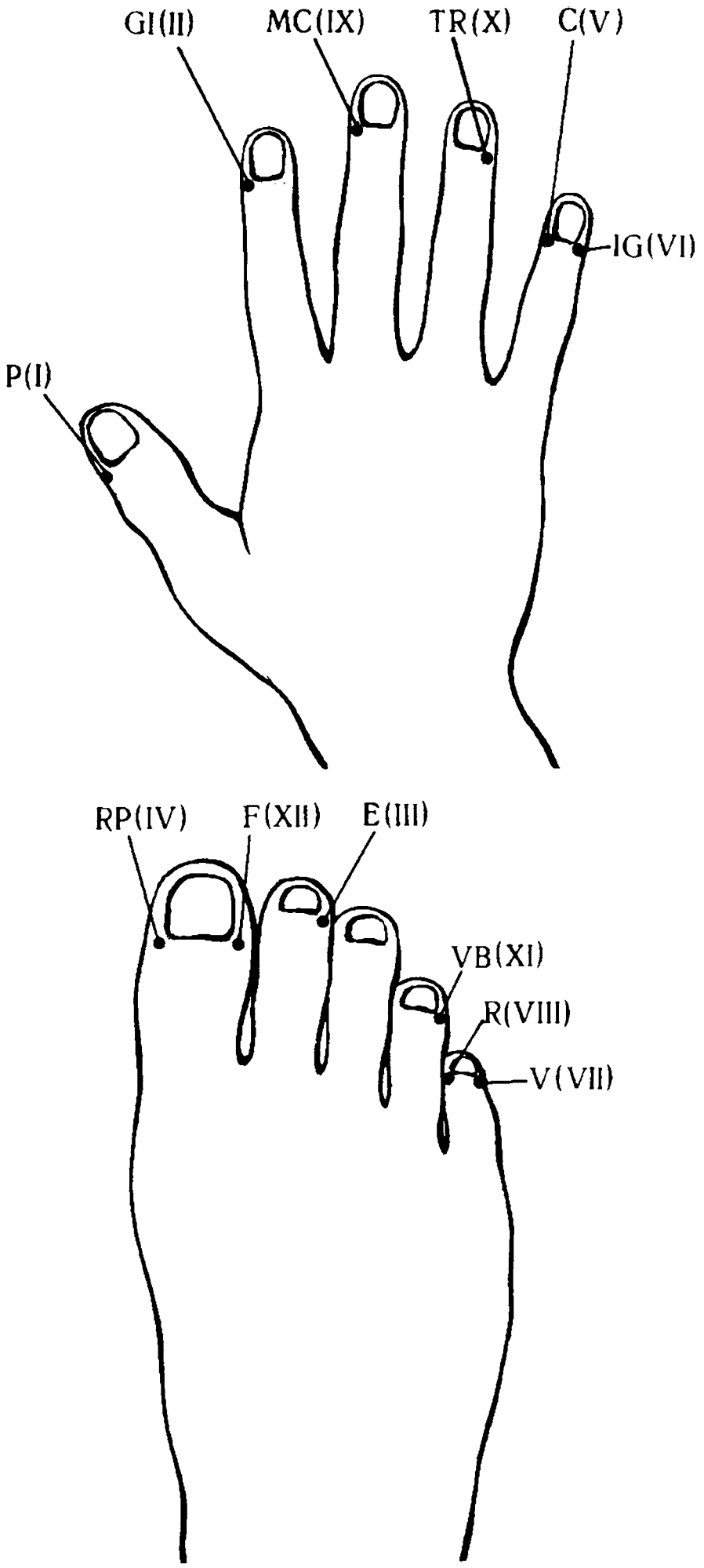


Рис. 263. Тест Акабанэ.

нечностей (рис. 263), особенно при патологических процессах.

Мано- и педопунктура используются и как терапевтические системы. Более известно применение в клинической практике педотерапии (преимущественно в профилактических целях) (Dale, 1977).

Раздражение акупунктурных зон стопы осуществляется путем прессации (точечный массаж). В точках проводят различные виды массажа и самомассажа (разминание, надавливание, поглаживание, растирание). Одновременно рекомендуют совершать вращательные и сгибательные движения стопами попеременно в течение нескольких минут. Воздействуя на всю поверхность подошвы стопы при помощи несложных устройств (типа роликов), можно достичь общестимулирующего влияния на организм.

Схемы иридодиагностики

Согласно современным взглядам, радужная оболочка глаза также представляет собой микроакупунктурную систему, в которой голографически отражены системы, органы и части тела. По изменениям в радужке, имеющей четкое соматотопическое деление, можно осуществлять иридодиагностику. Этот весьма перспективный метод топической диагностики заболеваний основан на оценке состояния стромы, зрачка и хроматофорных структур радужной оболочки. Его отличает довольно высокая информативность, возможность раннего обнаружения многих патологических сдвигов в организме. Однако проведение иридологического обследования требует основательной подготовки специалиста для правильной трактовки получаемой информации (Е. С. Вельховер и др., 1982; Е. С. Вельховер, В. Г. Никифоров, 1984).

В настоящее время известно несколько десятков схем проекционных зон радужки глаза, применяемых в иридодиагностике. Наиболее распространенными являются схемы E. Vida, J. Deck (1954) (рис. 264) и B. Jensen (1964) (рис. 265).

Разрабатывается возможность использования микроакупунктурной системы радужки для лечебных целей в виде локальной иридотерапии, т. е. лечения заболеваний путем светового или иных воздействий на измененные участки радужной оболочки глаза.

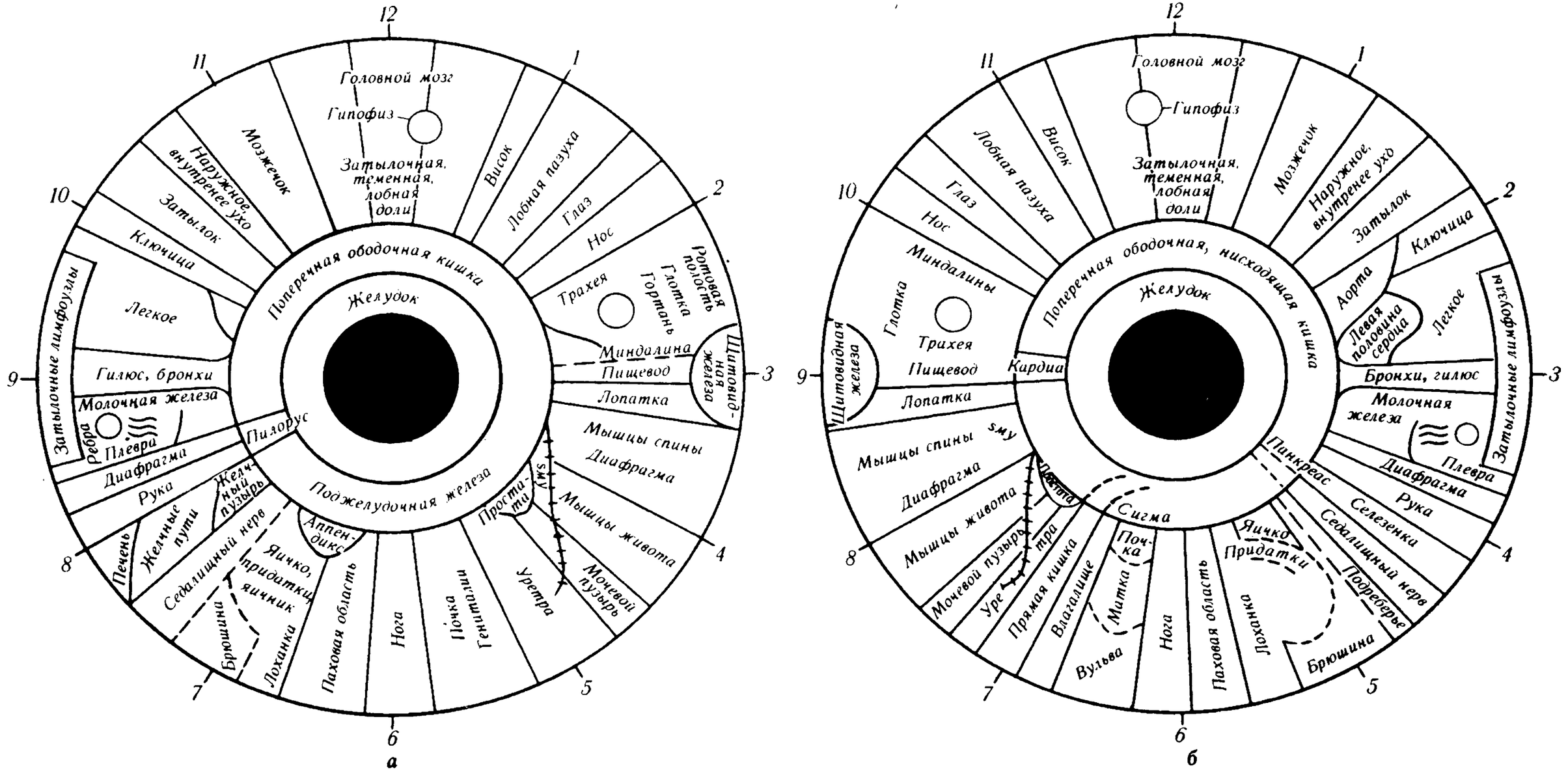
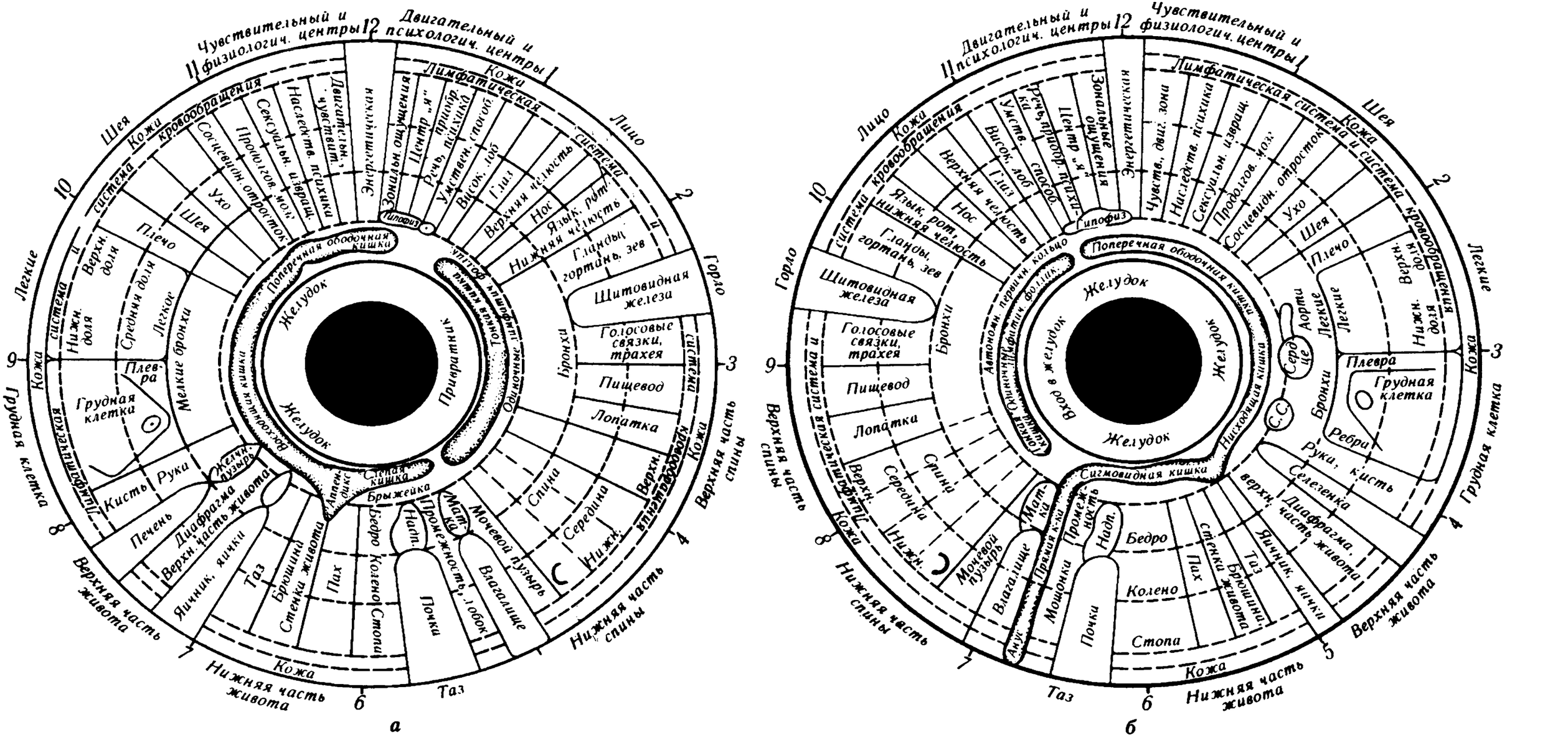


Рис. 264. Проекционные зоны тела человека
на радужной оболочке правого (*а*) и левого (*б*) глаза по E. Vida, J. Deck.



а б

Рис. 265. Проекционные зоны тела человека на радужной оболочке правого (*а*) и левого (*б*) глаза по B. Jensen.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Вельховер Е. С., Никифоров В. Г.* Основы клинической рефлексологии.— М.: Медицина, 1984.— 224 с.
2. *Вогралик В. Г., Вогралик М. В.* Иглорефлексотерапия.— Горький: Волго-Вят. кн. изд-во, 1978.— 293 с.
3. *Гапонюк П. Я., Клименко Л. М., Левин В. Н.* Акупунктурная (рефлекторнопунктурная) терапия: Топография точек.— Ярославль: Верх.-Волж. кн. изд-во, 1983.— 270 с.
4. *Гойденко В. С., Котенева В. М.* Практическое руководство по рефлексотерапии.— М.: ЦОЛИУВ МЗ СССР, 1982.— 190 с.
5. *Дуринян Р. А.* Атлас аурикулярной рефлексотерапии.— Ташкент: Медицина, 1982.— 64 с.
6. *Лакуста В. Н., Гроссу Г. С.* Краткие основы рефлексотерапии.— Кишинев: Штиинца, 1980.— 195 с.
7. *Лувсан Г.* Очерки методов восточной рефлексотерапии.— Новосибирск: Наука, 1980.— 276 с.
8. *Мачерет Е. Л., Самосюк И. З.* Руководство по рефлексотерапии.— К.: Вища шк. Головное изд-во, 1982.— 302 с.
9. *Портнов Ф. Г.* Электропунктурная рефлексотерапия.— Рига: Зинатне, 1980.— 218 с.
10. *Стояновский Д. Н.* Иглорефлексотерапия: Справочник-атлас.— Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1981.— 261 с.
11. *Табеева Д. М.* Руководство по иглорефлексотерапии.— М.: Медицина, 1980.— 560 с.
12. *Тыкочинская Э. Д.* Основы иглорефлексотерапии.— М.: Медицина, 1979.— 343 с.
13. *Уоррен Ф.* Медицинская акупунктура: Пер. с англ.— К.: Вища шк. Головное изд-во, 1981.— 223 с.
14. *Чжу Лянь.* Руководство по современной чжень-цзютерапии.— М.: Госмедиздат, 1959. — 270 с.
15. Anatomical atlaś of chinese acupuncture points.— Shandong Science and Technology Press, 1982.— 265 p.
16. Anatomical charts of the acupuncture points and 14 meridians.— Shanghai: People's Publishing House, 1976.— 64 p.
17. *Bossy J.* Bases neurobiologiques des reflexothérapies.— Paris: Masson, 1983.— 147 p.
18. *König G., Wancura J.* Neue chinesische Acupunktur.— Wien-Munchen-Bern: Verlag Wilhelm Maudrich, 1977.— 302 S.
19. *König G., Wancura J.* Punkte und Regeln der neuen Chinesischen Akupunktur.— Wien-München-Bern: Verlag Wilhelm Maudrich, 1981.— 12 S.
20. *Mori H.* Introductory acupuncture.— Japan: IDO-NO-NIPPON-SHA, 1977.— 175 p.
21. *Voll R.* Topographische Lage der Messpunkte der Elektroakupunktur.— Uelzen: Medizinisch Literatische Verlagsgesellschaft MbH, 1977.— Bd 1—4.

УКАЗАТЕЛЬ ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ

Точки

аурикулярные 207

AP (I) 1 (верхняя точка аналгезии при экстракции зубов) 208
AP (I) 2 (небо, точка верхней части полости рта) 208
AP (I) 3 (дно полости рта) 208
AP (I) 4 (язык) 208
AP (I) 5 (верхняя челюсть) 208
AP (I) 6 (нижняя челюсть) 208
AP (I) 7 (нижняя точка аналгезии при экстракции зубов) 208
AP (I) 8 (глаз) 208
AP (I) 9 (внутреннее ухо) 208
AP (I) 10 (миндалина IV) 208
AP (I) 11 (скула, щека) 208
AP (II) 12 (верхушка козелка, пин-цзянь) 208
AP (II) 13 (надпочечник) 209
AP (II) 14 (наружный нос) 209
AP (II) 15 (глотка, гортань) 209
AP (II) 16 (полость носа) 209
AP (II) 17 (жажда) 209
AP (II) 18 (голод) 209
AP (II) 19 (артериальная гипертензия 209
AP (III) 20 (наружное ухо) 210
AP (III) 21 (сердце II) 210
AP (IV) 22 (железы внутренней секреции) 210
AP (IV) 23 (яичник) 210
AP (IV) 24 (зрение I) 210
AP (IV) 24A (зрение II) 210
AP (V) 25 (ствол мозга) 210
AP (V) 26 (зубная боль) 210
AP (V) 27 (гортань, зубы) 210
AP (VI) 26A (шишковидное тело) 211
AP (VI) 28 (мозг, гипофиз) 211
AP (VI) 29 (затылок) 211
AP (VI) 30 (околоушная слюнная железа) 211
AP (VI) 31 (регулирующая дыхание, купирующая астму) 211
AP (VI) 32 (яичко, тестикулярная) 211
AP (VI) 33 (лоб) 211
AP (VI) 34 (кора большого мозга) 212
AP (VI) 35 (висок, тай-ян) 212
AP (VI) 36 (вершина черепа) 212
AP (VII) 37 (шейный отдел позвоночного столба) 212
AP (VII) 38 (крестцовый отдел позвоночного столба) 212
AP (VII) 39 (грудной отдел позвоночного столба) 212
AP (VII) 40 (поясничный отдел позвоночного столба) 212
AP (VII) 41 (шея) 212
AP (VII) 42 (грудь) 213
AP (VII) 43 (живот) 213
AP (VII) 44 (молочная железа) 213
AP (VII) 45 (щитовидная железа) 213
AP (VIII) 46 (пальцы стопы) 213
AP (VIII) 47 (пятка) 213
AP (VIII) 48 (голеностопный сустав) 213
AP (VIII) 49 (коленный сустав) 213
AP (VIII) 50 (тазобедренный сустав) 213
AP (IX) 51 (симпатическая, вегетативная) 214
AP (IX) 52 (седалищный нерв) 214
AP (IX) 53 (ягодица) 214
AP (IX) 54 (люмбалгия) 214
AP (X) 55 (шэнь-мэнь, точка ЦНС и наркоза при операциях) 214
AP (X) 56 (полость таза, шейка матки) 214
AP (X) 57 (бедро) 214
AP (X) 58 (сексуальная, матка) 214
AP (X) 59 (снижающая артериальное давление I) 214
AP (X) 60 (бронхиальная астма, бронхолитическая) 215
AP (X) 61 (гепатит) 215
AP (XI) 62 (пальцы кисти) 215
AP (XI) 63 (ключица) 215
AP (XI) 64 (плечевой сустав) 215
AP (XI) 65 (плечо) 215
AP (XI) 66 (локоть) 215
AP (XI) 67 (кисть) 215
AP (XI) 68 (аппендикс I) 216
AP (XI) 69 (аппендикс II) 216
AP (XI) 70 (аппендикс III) 216
AP (XI) 71 (крапивница) 216
AP (XII) 72_{1-6} (завиток I—VI) 216
AP (XII) 73 (миндалина I) 216
AP (XII) 74 (миндалина II) 216
AP (XII) 75 (миндалина III) 216
AP (XII) 76 (синдром ян печени I) 216
AP (XII) 77 (синдром ян печени II) 216
AP (XII) 78 (верхушка уха) 216
AP (XII) 79 (наружные половые органы) 216
AP (XII) 80 (мочеиспускательный канал) 217
AP (XII) 81 (прямая кишка) 217
AP (XIII) 82 (диафрагма, нулевая) 217
AP (XIII) 83 (разветвление, чревное сплетение) 217
AP (XIV) 84 (рот) 217
AP (XIV) 85 (пищевод) 217
AP (XIV) 86 (кардиа) 217
AP (XIV) 87 (желудок) 217
AP (XIV) 88 (двенадцатиперстная кишка) 217
AP (XIV) 89 (тонкая кишка) 218
AP (XIV) 90 (аппендикс IV) 218
AP (XIV) 91 (толстая кишка) 218
AP (XV) 92 (мочевой пузырь) 218
AP (XV) 93 (предстательная железа) 218
AP (XV) 94 (мочеточник) 218
AP (XV) 95 (почка) 218
AP (XV) 96 (слева — поджелудочная железа, справа — желчный пузырь) 219
AP (XV) 97 (печень) 219
AP (XV) 98 (селезенка) 219
AP (XV) 99 (асцит) 219
AP (XVI) 100 (сердце I) 219
AP (XVI) 101 (легкое) 219
AP (XVI) 102 (бронхи) 219
AP (XVI) 103 (трахея) 219

AP(XVI) 104 (три части туловища) 219
AP(XVII) 105 (снижающая артериальное давление II) 220
AP(XVII) 106 (нижний отдел спины) 220
AP(XVII) 107 (верхний отдел спины) 220
AP(XVII) 108 (средний отдел спины) 220
AP(XVIII) 109 (нижняя часть живота) 220
AP(XVIII) 110 (верхняя часть живота) 220

корпоральные
внемеридианные 151
PC1 (сы-шень-цун, Si Shen Cong) 151
PC2 (э-чжун, E Zhong) 151
PC3 (инь-тан, Yin Tang) 151
PC4 (шань-гэнь, Shan Gen) 152
PC5 (тоу-гуан-мин, юй-шан, Tou Guang Ming) 152
PC6 (юй-яо, мэй-чжун, Yu Yao) 152
PC7 (юй-вэй, Yu Wei) 152
PC8 (цю-хоу, Qiu Hou) 152
PC9 (тай-ян, Tai Yang) 153
PC10 (эр-цзянь, Er Jian) 153
PC11 (лун-сюе, Long Xue) 153
PC12 (эр-хоу-цзин, Er Hou Jing) 153
PC13 (и-мин, Yi Ming) 154
PC14 (шан-ин-сян, Shang Ying Xiang) 154
PC15 (цзя-би, Jia Bi) 154
PC16 (би-лю, Bi Liu) 154
PC17 (сань-сяо, San Xiao) 154
PC18 (хай-ляо, ся-ди-цан, цзя-чэн-цзян Hai Liao) 154
PC19 (ди-хэ, Di He) 154
PC20 (цзинь-цзинь, Jin Jin — слева; юй-е, Yu Yi — справа) 154
PC21 (шан-лянь-цюань, Shang Lian Quan) 154
PC22 (вай-цзинь-цзинь, Wai Jin Jin — слева; вай-юй-е, Wai Yu Yi — справа) 155
PC23 (хун-инь, Hong Yin) 155
PC24 (пан-лянь-цюань, Pang Lian Quan) 155
PC25 (я-сюе, Ya Xue) 155
PC26 (бянь-тао, дун-фэн Bian Tao) 155
PC27 (ло-цзин, Luo Jing) 155
PC28 (фэн-янь, Feng Yan) 155
PC29 (синь-ши, Xin Shi) 155
PC30 (бай-лао, Bai Lao) 155
PC31 (чун-гу, Chong Gu) 156
PC32 (чи-сюе, Chi Xue) 156
PC33 (тань-чуань, Tan Chuan) 156
PC34 (лун-хань, Lung Han) 156
PC35 (цзо-и, Zuo Yi — слева; юй-и, Yuo Yi — справа) 156
PC36 (мэй-хуа, Mei Hua) 156
PC37 (ши-цан, Shi Cang) 157
PC38 (ши-гуань, Shi Guan) 157
PC39 (хунь-шэ, Hun She) 157
PC40 (хэн-вэнь, Heng Wen) 157
PC41 (ци-чжун, Qi Zhong) 157
PC42 (цзин-чжун, Jing Zhong) 157
PC43 (вай-сы-мань, Wai Si Man) 157
PC44 (цзюе-цзунь, Jue Jun) 158
PC45 (и-цзин, Yi Jing) 158
PC46 (ци-мэнь, Qi Men) 158
PC47 (вэй-бао, Wei Bao) 158
PC48 (чан-и, Chang Yi) 158
PC49 (цзы-гун, Zi Gong) 158
PC50 (тин-тоу, Ting Tou) 158
PC51 (чуань-си, Chuan Xi) 158
PC52 (бай-чжун-фэн, Bai Zhong Feng) 159
PC53 (ба-хуа, Ba Hua) 159
PC54 (цзюй-цзюе, Ju Jue) 159
PC55 (у-мин, эр-чжуй-ся Wu Ming) 159
PC56 (чжу-це, Zhu Ce) 160
PC57 (цзюй-цюе-шу, Ju Que Yu) 160
PC58 (лян-янь, Liang Yan) 160
PC59 (ци-чуань, Qi Chuan) 160
PC60 (инь-коу, Yin Kou) 160
PC61 (ба-чжуй-ся, Ba Zhui Xia) 160
PC62 (и-шу, ба-шу, Yi Yu) 160
PC63 (шу-бянь, Shu Bian) 160
PC64 (чжо-юй, Zhuo Yu) 160
PC65 (цзе-гу, Jie Gu) 161
PC66 (пи-гэнь, Pi Gen) 161
PC67 (сюе-чоу, Xue Chou) 161
PC68 (чан-фэн, Chang Feng) 161
PC69 (цзи-цзюй-пи-куай, сюе-фу, Ji Ju Pi Kuai) 161
PC70 (чжу-чжан, Zhu Zhang) 161
PC71 (ся-цзи-шу, Xia Ji Yu) 162
PC72 (хоу-ци-мэнь, Hou Qi Men) 162
PC73 (яо-и, Yao Yi) 162
PC74 (яо-янь, Yao Yan) 162
PC75 (ши-ци-чжуй-ся, Shi Qi Zhui Xia) 162
PC76 (чжун-кун, Zhong Kong) 162
PC77 (яо-гэнь, Yao Gen) 162
PC78 (цзю-ци, Jiu Qi) 162
PC79 (яо-ци, Yao Qi) 162
PC80 (ся-чжуй, Xia Zhui) 162
PC81 (юй-тянь, Yu Tian) 162
PC82 (пинь-сюе-лин, Pin Xue Ling) 162
PC83 (тунь-чжун, Tun Zhong) 162
PC84 (хуань-чжун, Huan Zhong) 163
PC85 (хуа-туо-цзя-цзи, Hua Tuo Jia) 163
PC86 (ши-сюань, Shi Xuan) 163
PC87 (му-чжи-цзянь, Mu Zhi Jian) 163
PC88 (сяо-чжи-цзянь, Xiao Zhi Jian) 163
PC89 (фэн-гуань, Feng Guan) 163
PC90 (цзю-дянь-фэн, Jiu Dian Feng) 163
PC91 (му-чжи-цзе-хэн-вэнь, Mu Zhi Jie Heng Wen) 163
PC92 (фэн-янь, Feng Yan) 163
PC93 (мин-янь, Ming Yan) 163
PC94 (сы-фэн, Si Feng) 163
PC95 (шоу-чжун-пин, Shou Zhong Ping) 164
PC96 (пан-лао-гун, Pang Lao Gong) 164
PC97 (нэй-ян-чи, Nei Yang Chi) 164
PC98 (бань-мэнь, Ban Men) 164
PC99 (сань-шан, San Shang) 164
PC100 (да-гу-кун, Da Gu Kong) 164
PC101 (чжун-куй, Zhong Kui) 164
PC102 (сяо-гу-кун, Xiao Gu Kong) 164
PC103 (и-шань-мэнь, Yi Shan Men) 165
PC104 (эр-шань-мэнь, Er Shan Men) 165
PC105 (сяо-чжи-цзе, Xiao Zhi Jie) 165
PC106 (цюань-цзянь, Quan Jian) 165
PC107 (ба-се, Ba Xie) 165
PC108 (ло-чжэнь, сян-цян, Luo Zhen) 165
PC109 (вай-лао-гун, Wai Lao Gong) 165
PC110 (вэй-лин, Wei Ling) 166
PC111 (цзин-лин, Jing Ling) 166
PC112 (шоу-цзинь-мэнь, Shou Jin Men) 166
PC113 (дин-шу, Ding Yu) 166
PC114 (эр-бай, Er Bai) 166
PC115 (би-чжун, чжи-тань, Bi Zhong) 166
PC116 (цзэ-ся, Ze Xia) 167
PC117 (цзэ-цянь, Ze Qian) 167
PC118 (чжун-цюань, Zhong Quan) 167
PC119 (цунь-пин, Cun Ping) 167
PC120 (ся-вэнь-лю, Xia Wen Liu) 167
PC121 (чи-жао, Chi Rao) 167

PC122 (цюй-ян-вэй, Qu Yang Wei) 168
PC123 (сань-чи, San Chi) 168
PC124 (чжоу-шу, Zhou Yu) 168
PC125 (е-лин, Ye Ling) 168
PC126 (тянь-лин, Tian Ling) 169
PC127 (цзянь-шу, Jian Yu) 169
PC128 (юй-цянь, Yu Qian) 169
PC129 (хоу-е, Hou Ye) 169
PC130 (ли-нэй-тин, Li Nei Ting) 170
PC131 (му-чжи-ли-хэн-вэнь, Mu Zhi Li Heng Wen) 170
PC132 (цянь-хоу-инь-чжу, Qian Hou Yin Zhu) 170
PC133 (цзу-синь, Zu Xin) 170
PC134 (ши-мянь, Shi Mian) 170
PC135 (сяо-чжи-цзянь, Xiao Zhi Jian) 170
PC136 (му-чжи-хэн-ли-сань-мао, Mu Zhi Heng Li San Mao) 170
PC137 (ба-фэн, Ba Feng) 170
PC138 (нюй-ци, Nu Qi) 170
PC139 (цюань-шэн-цзу, Quan Sheng Zu) 170
PC140 (тай-инь-цяо, Tai Yin Qiao) 171
PC141 (ся-кунь-лунь, Xia Kun Lun) 171
PC142 (лань-вэй, Lan Wei) 171
PC143 (цзу-чжун-пин, Zu Zhong Ping) 171
PC144 (ци-ся, Qi Xia) 171
PC145 (ци-янь, Qi Yan) 171
PC146 (нэй-хуай-цзянь, Nei Huai Jian) 172
PC147 (чжи-чжуань-цзинь, Zhi Zhuan Jin) 172
PC148 (шао-ян-вэй, Shao Yang Wei) 172
PC149 (чэн-мин, Cheng Ming) 173
PC150 (цзяо-и, Jiao Yi) 173
PC151 (вай-хуай-цзянь, Wai Huai Jian) 173
PC152 (дань-нан-дянь, Dan Nang Dian) 173
PC153 (лин-хоу, Ling Hou) 173
PC154 (лин-хоу-ся, Ling Hou Xia) 173
PC155 (ци-вай, Qi Wai) 173
PC156 (хэ-дин, He Ding) 174
PC157 (куань-гу, Kuan Gu) 174
PC158 (шэнь-си, Shen Xi) 174
PC159 (гуань-ту, Guan Tu) 174
PC160 (ляо-ляо, Liao Liao) 174
PC161 (да-лунь, Da Lun) 174
PC162 (цзу-мин, Zu Ming) 174
PC163 (бай-чун-во, Bai Chong Wo) 174
PC164 (цзу-ло, Zu Luo) 174
PC165 (чэн-гу, Cheng Gu) 175
PC166 (инь-вэй 1, Yin Wei 1) 175
PC167 (инь-вэй 2, Yin Wei 2) 176
PC168 (инь-вэй 3, Yin Wei 3) 176
PC169 (сы-лянь, Si Lian) 176
PC170 (у-лин, Wu Ling) 177
PC171 (лин-бао, Ling Bao) 177

меридианные 35
меридиан I (легких) 35
P (I) 1 (чжун-фу, Zhong Fu) 37
P (I) 2 (юнь-мэнь, Yun Men) 38
P (I) 3 (тянь-фу, Tian Fu) 38
P (I) 4 (ся-бай, Xia Bai) 38
P (I) 5 (чи-цзэ, Chi Ze) 39
P (I) 6 (кун-цзуй, Kong Zui) 39
P (I) 7 (ле-цюе, Lie Que) 39
P (I) 8 (цзин-цюй, Jing Qu) 40
P (I) 9 (тай-юань, Tai Yuan) 40
P (I) 10 (юй-цзи, Yu Ji) 40
P (I) 11 (шао-шан, Shao Shang) 41

меридиан II (толстой кишки) 41
GI (II) 1 (шан-ян, Shang Yang) 41
GI (II) 2 (эр-цзянь, Er Jian) 41
GI (II) 3 (сань-цзянь, San Jian) 42
GI (II) 4 (хэ-гу, He Gu) 42
GI (II) 5 (ян-си, Yang Xi) 43
GI (II) 6 (пянь-ли, Pian Li) 43
GI (II) 7 (вэнь-лю, Wen Liu) 44
GI (II) 8 (ся-лянь, Xia Lian) 44
GI (II) 9 (шан-лянь, Shang Lian) 44
GI (II) 10 (шоу-сань-ли, Shou San Li) 44
GI (II) 11 (цюй-чи, Qu Chi) 45
GI (II) 12 (чжоу-ляо, Zhou Liao) 45
GI (II) 13 (шоу-у-ли, Shou Wu Li) 46
GI (II) 14 (би-нао, Bi Nao) 46
GI (II) 15 (цзянь-юй, Jian Yu) 47
GI (II) 16 (цзюй-гу, Ju Gu) 47
GI (II) 17 (тянь-дин, Tian Ding) 47
GI (II) 18 (фу-ту, Fu Tu) 47
GI (II) 19 (хэ-ляо, He Liao) 49
GI (II) 20 (ин-сян, Ying Xiang) 49

меридиан III (желудка) 49
E (III) 1 (чэн-ци, Cheng Qi) 49
E (III) 2 (сы-бай, Si Bai) 50
E (III) 3 (цзюй-ляо, Ju Liao) 51
E (III) 4 (ди-цан, Di Cang) 51
E (III) 5 (да-ин, Da Ying) 51
E (III) 6 (цзя-чэ, Jia Che) 52
E (III) 7 (ся-гуань, Xia Guan) 52
E (III) 8 (тоу-вэй, Tou Wei) 52
E (III) 9 (жэнь-ин, Ren Ying) 53
E (III) 10 (шуй-ту, Shui Tu) 53
E (III) 11 (ци-шэ, Qi She) 53
E (III) 12 (цюе-пэнь, Que Pen) 53
E (III) 13 (ци-ху, Qi Hu) 53
E (III) 14 (ку-фан, Ku Fang) 53
E (III) 15 (у-и, Wu Yi) 54
E (III) 16 (ин-чуан, Ying Chuang) 54
E (III) 17 (жу-чжун, Ru Zhong) 54
E (III) 18 (жу-гэнь, Ru Gen) 54
E (III) 19 (бу-жун, Bu Rong) 54
E (III) 20 (чэн-мань, Cheng Man) 54
E (III) 21 (лян-мэнь, Liang Men) 56
E (III) 22 (гуань-мэнь, Guan Men) 56
E (III) 23 (тай-и, Tai Yi) 56
E (III) 24 (хуа-жоу-мэнь, Hua Rou Men) 56
E (III) 25 (тянь-шу, Tian Shu) 56
E (III) 26 (вай-лин, Wai Ling) 57
E (III) 27 (да-цзюй, Da Ju) 57
E (III) 28 (шуй-дао, Shui Dao) 57
E (III) 29 (гуй-лай, Gui Lai) 57
E (III) 30 (ци-чун, Qi Chong) 57
E (III) 31 (би-гуань, Bi Guan) 57
E (III) 32 (фу-ту, Fu Tu) 57
E (III) 33 (инь-ши, Yin Shi) 59
E (III) 34 (лян-цю, Liang Qiu) 59
E (III) 35 (ду-би, Du Bi) 59
E (III) 36 (цзу-сань-ли, Zu San Li) 59
E (III) 37 (шан-цзюй-сюй, Shang Ju Xu) 59
E (III) 38 (тяо-коу, Tiao Kou) 60
E (III) 39 (ся-цзюй-сюй, Xia Ju Xu) 60
E (III) 40 (фэн-лун, Feng Long) 61
E (III) 41 (цзе-си, Jie Xi) 62
E (III) 42 (чун-ян, Chong Yang) 62
E (III) 43 (сянь-гу, Xian Gu) 62
E (III) 44 (нэй-тин, Nei Ting) 62
E (III) 45 (ли-дуй, Li Dui) 62

меридиан IV (селезенки, поджелудочной железы) 62
RP (IV) 1 (инь-бай, Yin Bai) 64
RP (IV) 2 (да-ду, Da Du) 64
RP (IV) 3 (тай-бай, Tai Bai) 64
RP (IV) 4 (гун-сунь, Gong Sun) 64
RP (IV) 5 (шан-цю, Shang Qiu) 64
RP (IV) 6 (сань-инь-цзяо, San Yin Jiao) 65
RP (IV) 7 (лоу-гу, Lou Gu) 66
RP (IV) 8 (ди-цзи, Di Ji) 66
RP (IV) 9 (инь-лин-цюань, Yin Ling Quan) 66
RP (IV) 10 (сюе-хай, Xue Hai) 66
RP (IV) 11 (цзи-мэнь, Ji Men) 67
RP (IV) 12 (чун-мэнь, Chong Men) 67
RP (IV) 13 (фу-шэ, Fu She) 68
RP (IV) 14 (фу-цзе, Fu Jie) 68
RP (IV) 15 (да-хэн, Da Heng) 69
RP (IV) 16 (фу-ай, Fu Ai) 69
RP (IV) 17 (ши-доу, Shi Dou) 69
RP (IV) 18 (тянь-си, Tian Xi) 69
RP (IV) 19 (сюн-сян, Xiong Xiang) 69
RP (IV) 20 (чжоу-жун, Zhou Rong) 69
RP (IV) 21 (да-бао, Da Bao) 70

меридиан V (сердца) 70
C (V) 1 (цзи-цюань, Ji Quan) 70
C (V) 2 (цин-лин, Qing Ling) 70
C (V) 3 (шао-хай, Shao Hai) 71
C (V) 4 (лин-дао, Ling Dao) 72
C (V) 5 (тун-ли, Tong Li) 72
C (V) 6 (инь-си, Yin Xi) 72
C (V) 7 (шэнь-мэнь, Shen Men) 73
C (V) 8 (шао-фу, Shao Fu) 73
C (V) 9 (шао-чун, Shao Chong) 73

меридиан VI (тонкой кишки) 74
IG (VI) 1 (шао-цзэ, Shao Ze) 74
IG (VI) 2 (цянь-гу, Qian Gu) 74
IG (VI) 3 (хоу-си, Hou Xi) 75
IG (VI) 4 (вань-гу, Wan Gu) 75
IG (VI) 5 (ян-гу, Yang Gu) 76
IG (VI) 6 (ян-лао, Yang Lao) 76
IG (VI) 7 (чжи-чжэн, Zhi Zheng) 76
IG (VI) 8 (сяо-хай, Xiao Hai) 77
IG (VI) 9 (цзянь-чжэнь, Jian Zhen) 77
IG (VI) 10 (нао-шу, Nao Shu) 77
IG (VI) 11 (тянь-цзун, Tian Zong) 77
IG (VI) 12 (бин-фэн, Bing Feng) 78
IG (VI) 13 (цюй-юань, Qu Yuan) 78
IG (VI) 14 (цзянь-вай-шу, Jian Wai Shu) 79
IG (VI) 15 (цзянь-чжун-шу, Jian Zhong Shu) 80
IG (VI) 16 (тянь-чуан, Tian Chuang) 80
IG (VI) 17 (тянь-жун, Tian Rong) 81
IG (VI) 18 (цюань-ляо, Quan Liao) 81
IG (VI) 19 (тин-гун, Ting Gong) 81

меридиан VII (мочевого пузыря) 81
V (VII) 1 (цин-мин, Jing Ming) 82
V (VII) 2 (цуань-чжу, Cuan Zhu) 83
V (VII) 3 (мэй-чун, Mei Chong) 83
V (VII) 4 (цюй-ча, Qu Cha) 83
V (VII) 5 (у-чу, Wu Chu) 84
V (VII) 6 (чэн-гуань, Cheng Guang) 84
V (VII) 7 (тун-тянь, Tong Tian) 84
V (VII) 8 (ло-цюе, Luo Que) 84
V (VII) 9 (юй-чжэнь, Yu Zhen) 85
V (VII) 10 (тянь-чжу, Tian Zhu) 85
V (VII) 11 (да-чжу, Da Zhu) 85
V (VII) 12 (фэн-мэнь, Feng Men) 85
V (VII) 13 (фэй-шу, Fei Shu) 86
V (VII) 14 (цзюе-инь-шу, Jue Yin Shu) 86
V (VII) 15 (синь-шу, Xin Shu) 86
V (VII) 16 (ду-шу, Du Shu) 87
V (VII) 17 (гэ-шу, Ge Shu) 87
V (VII) 18 (гань-шу, Gan Shu) 87
V (VII) 19 (дань-шу, Dan Shu) 87
V (VII) 20 (пи-шу, Pi Shu) 87
V (VII) 21 (вэй-шу, Wei Shu) 88
V (VII) 22 (сань-цзяо-шу, San Jiao Shu) 88
V (VII) 23 (шэнь-шу, Shen Shu) 88
V (VII) 24 (ци-хай-шу, Qi Hai Shu) 88
V (VII) 25 (да-чан-шу, Da Chang Shu) 89
V (VII) 26 (гуань-юань-шу, Guan Yuan Shu) 89
V (VII) 27 (сяо-чан-шу, Xiao Chang Shu) 89
V (VII) 28 (пан-гуан-шу, Pang Guang Shu) 89
V (VII) 29 (чжун-люй-шу, Zhong Lu Shu) 90
V (VII) 30 (бай-хуань-шу, Bai Huan Shu) 90
V (VII) 31 (шан-ляо, Shang Liao) 90
V (VII) 32 (цы-ляо, Ci Liao) 90
V (VII) 33 (чжун-ляо, Zhong Liao) 90
V (VII) 34 (ся-ляо, Xia Liao) 91
V (VII) 35 (хуэй-ян, Hui Yang) 91
V (VII) 36 (чэн-фу, Cheng Fu) 91
V (VII) 37 (инь-мэнь, Yin Men) 91
V (VII) 38 (фу-си, Fu Xi) 91
V (VII) 39 (вэй-ян, Wei Yang) 91
V (VII) 40 (вэй-чжун, Wei Zhong) 92
V (VII) 41 (фу-фэнь, Fu Fen) 93
V (VII) 42 (по-ху, Po Hu) 93
V (VII) 43 (гао-хуан, Gao Huang) 93
V (VII) 44 (шэнь-тан, Shen Tang) 94
V (VII) 45 (и-си, Yi Xi) 94
V (VII) 46 (гэ-гуань, Ge Guan) 95
V (VII) 47 (хунь-мэнь, Hun Men) 95
V (VII) 48 (ян-ган, Yang Gang) 95
V (VII) 49 (и-шэ, Yi She) 95
V (VII) 50 (вэй-цан, Wei Cang) 95
V (VII) 51 (хуан-мэнь, Huang Men) 95
V (VII) 52 (чжи-ши, Zhi Shi) 96
V (VII) 53 (бао-хуан, Bao Huang) 96
V (VII) 54 (чжи-бянь, Zhi Bian) 96
V (VII) 55 (хэ-ян, He Yang) 96
V (VII) 56 (чэн-цзинь, Cheng Jin) 97
V (VII) 57 (чэн-шань, Cheng Shan) 97
V (VII) 58 (фэй-ян, Fei Yang) 97
V (VII) 59 (фу-ян, Fu Yang) 98
V (VII) 60 (кунь-лунь, Kun Lun) 98
V (VII) 61 (пу-шэнь, Pu Shen) 98
V (VII) 62 (шэнь-май, Shen Mai) 98
V (VII) 63 (цзинь-мэнь, Jin Men) 99
V (VII) 64 (цзин-гу, Jing Gu) 99
V (VII) 65 (шу-гу, Su Gu) 99
V (VII) 66 (цзу-тун-гу, Zu Tong Gu) 99
V (VII) 67 (чжи-инь, Zhi Yin) 100

меридиан VIII (почек) 100
R (VIII) 1 (юн-цюань, Yong Quan) 100
R (VIII) 2 (жань-гу, Ran Gu) 100
R (VIII) 3 (тай-си, Tai Xi) 101
R (VIII) 4 (да-чжун, Da Zhong) 101
R (VIII) 5 (шуй-цюань, Shui Quan) 102
R (VIII) 6 (чжао-хай, Zhao Hai) 102
R (VIII) 7 (фу-лю, Fu Liu) 103
R (VIII) 8 (цзяо-синь, Jiao Xin) 103
R (VIII) 9 (чжу-бинь, Zhu Bin) 103
R (VIII) 10 (инь-гу, Yin Gu) 103

R (VIII) 11 (хэн-гу, Heng Gu) 104
R (VIII) 12 (да-хэ, Da He) 104
R (VIII) 13 (ци-сюе, Qi Xue) 104
R (VIII) 14 (сы-мань, Si Man) 104
R (VIII) 15 (чжун-чжу, Zhong Zhu) 104
R (VIII) 16 (хуан-шу, Huang Shu) 104
R (VIII) 17 (шан-цюй, Shang Qu) 106
R (VIII) 18 (ши-гуань, Shi Guan) 106
R (VIII) 19 (инь-ду, Yin Du) 106
R (VIII) 20 (фу-тун-гу, Fu Tong Gu) 106
R (VIII) 21 (ю-мэнь, You Men) 106
R (VIII) 22 (бу-лан, Bu Lang) 106
R (VIII) 23 (шэнь-фэн, Shen Feng) 106
R (VIII) 24 (лин-сюй, Ling Xu) 107
R (VIII) 25 (шэнь-цан, Shen Cang) 107
R (VIII) 26 (юй-чжун, Yu Zhong) 107
R (VIII) 27 (шу-фу, Shu Fu) 107

меридиан IX (перикарда) 107
MC (IX) 1 (тянь-чи, Tian Chi) 107
MC (IX) 2 (тянь-цюань, Tian Quan) 108
MC (IX) 3 (цюй-цзэ, Qu Ze) 109
MC (IX) 4 (си-мэнь, Xi Men) 109
MC (IX) 5 (цзянь-ши, Jian Shi) 109
MC (IX) 6 (нэй-гуань, Nei Guan) 109
MC (IX) 7 (да-лин, Da Ling) 110
MC (IX) 8 (лао-гун, Lao Gong) 110
MC (IX) 9 (чжун-чун, Zhong Chong) 111

меридиан X (трех частей туловища) 111
TR (X) 1 (гуань-чун, Guan Chong) 112
TR (X) 2 (е-мэнь, Ye Men) 112
TR (X) 3 (чжун-чжу, Zhong Zhu) 112
TR (X) 4 (ян-чи, Yang Chi) 113
TR (X) 5 (вай-гуань, Wai Guan) 113
TR (X) 6 (чжи-гоу, Zhi Gou) 114
TR (X) 7 (хуэй-цзун, Hui Zong) 114
TR (X) 8 (сань-ян-ло, San Yang Luo) 114
TR (X) 9 (сы-ду, Si Du) 114
TR (X) 10 (тянь-цзин, Tian Jing) 114
TR (X) 11 (цин-лэн-юань, Qing Leng Yuan) 114
TR (X) 12 (сяо-лэ, Xiao Luo) 115
TR (X) 13 (нао-хуэй, Nao Hui) 116
TR (X) 14 (цзянь-ляо, Jian Liao) 116
TR (X) 15 (тянь-ляо, Tian Liao) 117
TR (X) 16 (тянь-ю, Tian You) 117
TR (X) 17 (и-фэн, Yi Feng) 117
TR (X) 18 (ци-май, Qi Mai) 117
TR (X) 19 (лу-си, Lu Xi) 117
TR (X) 20 (цзяо-сунь, Jiao Sun) 118
TR (X) 21 (эр-мэнь, Er Men) 118
TR (X) 22 (хэ-ляо, He Liao) 119
TR (X) 23 (сы-чжу-кун, Si Zhu Kong) 119

меридиан XI (желчного пузыря) 119
VB (XI) 1 (тун-цзы-ляо, Tong Zi Liao) 121
VB (XI) 2 (тин-хуэй, Ting Xui) 121
VB (XI) 3 (шан-гуань, Shang Guan) 121
VB (XI) 4 (хань-янь, Han Yan) 122
VB (XI) 5 (сюань-лу, Xuan Lu) 122
VB (XI) 6 (сюань-ли, Xuan Li) 122
VB (XI) 7 (цюй-бинь, Qu Bin) 122
VB (XI) 8 (шуай-гу, Shuai Gu) 122
VB (XI) 9 (тянь-чун, Tian Chong) 122
VB (XI) 10 (фу-бай, Fu Bai) 123
VB (XI) 11 (тоу-цяо-инь, Tou Qiao Yin) 123
VB (XI) 12 (тоу-вань-гу, Wan Gu) 123
VB (XI) 13 (бэнь-шэнь, Ben Shen) 123
VB (XI) 14 (ян-бай, Yang Bai) 124
VB (XI) 15 (тоу-линь-ци, Tou Lin Qi) 124
VB (XI) 16 (му-чуан, Mu Chuang) 124
VB (XI) 17 (чжэн-ин, Zheng Ying) 124
VB (XI) 18 (чэн-лин, Cheng Ling) 124
VB (XI) 19 (нао-кун, Nao Kong) 125
VB (XI) 20 (фэн-чи, Feng Chi) 125
VB (XI) 21 (цзянь-цзин, Jian Jing) 125
VB (XI) 22 (юань-е, Yuan Ye) 125
VB (XI) 23 (чжэ-цзинь, Zhe Jin) 126
VB (XI) 24 (жи-юе, Ri Yue) 126
VB (XI) 25 (цзин-мэнь, Jing Men) 127
VB (XI) 26 (дай-май, Dai Mai) 127
VB (XI) 27 (у-шу, Wu Shu) 127
VB (XI) 28 (вэй-дао, Wei Dao) 127
VB (XI) 29 (цзюй-ляо, Ju Liao) 127
VB (XI) 30 (хуань-тяо, Huan Tiao) 128
VB (XI) 31 (фэн-ши, Feng Shi) 128
VB (XI) 32 (чжун-ду, Zhong Du) 129
VB (XI) 33 (цзу-ян-гуань, Xi Yang Guan) 129
VB (XI) 34 (ян-лин-цюань, Yang Ling Quan) 129
VB (XI) 35 (ян-цзяо, Yang Jiao) 130
VB (XI) 36 (вай-цю, Wai Qiu) 130
VB (XI) 37 (гуан-мин, Guang Ming) 130
VB (XI) 38 (ян-фу, Yang Fu) 130
VB (XI) 39 (сюань-чжун, Xuan Zhong) 130
VB (XI) 40 (цю-сюй, Qiu Xu) 131
VB (XI) 41 (цзу-линь-ци, Zu Lin Qi) 131
VB (XI) 42 (ди-у-хуэй, Di Wu Hui) 131
VB (XI) 43 (ся-си, Xia Xi) 131
VB (XI) 44 (цзу-цяо-инь, Zu Qiao Yin) 132

меридиан XII (печени) 133
F (XII) 1 (да-дунь, Da Dun) 133
F (XII) 2 (син-цзянь, Xing Jian) 133
F (XII) 3 (тай-чун, Tai Chong) 133
F (XII) 4 (чжун-фэн, Zhong Feng) 134
F (XII) 5 (ли-гоу, Li Gou) 134
F (XII) 6 (чжун-ду, Zhong Du) 135
F (XII) 7 (си-гуань, Xi Guan) 135
F (XII) 8 (цюй-цюань, Qu Quan) 135
F (XII) 9 (инь-бао, Yin Bao) 135
F (XII) 10 (цзу-у-ли, Zu Wu Li) 136
F (XII) 11 (инь-лянь, Yin Lian) 137
F (XII) 12 (цзи-май, Ji Mai) 137
F (XII) 13 (чжан-мэнь, Zhang Men) 137
F (XII) 14 (ци-мэнь, Qi Men) 137

меридиан XIII (заднесрединный) 137
T (XIII) 1 (чан-цян, Chang Qiang) 138
T (XIII) 2 (яо-шу, Yao Shu) 138
T (XIII) 3 (яо-ян-гуань, Yao Yang Guan) 138
T (XIII) 4 (мин-мэнь, Ming Men) 138
T (XIII) 5 (сюань-шу, Xuan Shu) 140
T (XIII) 6 (цзи-чжун, Ji Zhong) 140
T (XIII) 7 (чжун-шу, Zhong Shu) 140
T (XIII) 8 (цзинь-со, Jin Suo) 140
T (XIII) 9 (чжи-ян, Zhi Yang) 141
T (XIII) 10 (лин-тай, Ling Tai) 141
T (XIII) 11 (шэнь-дао, Shen Dao) 141
T (XIII) 12 (шэнь-чжу, Shen Zhu) 141
T (XIII) 13 (тао-дао, Tao Dao) 141
T (XIII) 14 (да-чжуй, Da Zhui) 142
T (XIII) 15 (я-мэнь, Ya Men) 142
T (XIII) 16 (фэн-фу, Feng Fu) 142
T (XIII) 17 (нао-ху, Nao Hu) 143
T (XIII) 18 (цян-цзянь, Qiang Jian) 143
T (XIII) 19 (хоу-дин, Hou Ding) 143

T (XIII) 20 (бай-хуэй, Bai Hui) 144
T (XIII) 21 (цянь-дин, Qian Ding) 144
T (XIII) 22 (синь-хуэй, Xin Xui) 144
T (XIII) 23 (шан-син, Shang Xing) 144
T (XIII) 24 (шэнь-тин, Shen Ting) 144
T (XIII) 25 (су-ляо, Su Liao) 144
T (XIII) 26 (жэнь-чжун, Ren Zhong) 145
T (XIII) 27 (дуй-дуань, Dui Duan) 145
T (XIII) 28 (инь-цзяо, Yin Jiao) 146

меридиан XIV (переднесрединный) 146
J (XIV) 1 (хуэй-инь, Hui Yin) 146
J (XIV) 2 (цюй-гу, Qu Gu) 147
J (XIV) 3 (чжун-цзи, Zhong Ji) 147
J (XIV) 4 (гуань-юань, Guan Yuan) 147
J (XIV) 5 (ши-мэнь, Shi Men) 147
J (XIV) 6 (ци-хай, Qi Hai) 147
J (XIV) 7 (инь-цзяо, Yin Jiao) 147
J (XIV) 8 (шэнь-цюе, Shen Que) 147
J (XIV) 9 (шуй-фэнь, Shui Fen) 148
J (XIV) 10 (ся-вань, Xia Wan) 148
J (XIV) 11 (цзянь-ли, Jian Li) 148
J (XIV) 12 (чжун-вань, Zhong Wan) 148
J (XIV) 13 (шан-вань, Shang Wan) 148
J (XIV) 14 (цзюй-цюе, Ju Que) 148
J (XIV) 15 (цзю-вэй, Jiu Wei) 148
J (XIV) 16 (чжун-тин, Zhong Ting) 150
J (XIV) 17 (тань-чжун, Tan Zhong) 150
J (XIV) 18 (юй-тан, Yu Tang) 150
J (XIV) 19 (цзы-гун, Zi Gong) 150
J (XIV) 20 (хуа-гай, Hua Gai) 150
J (XIV) 21 (сюань-цзи, Xuan Ji) 150
J (XIV) 22 (тянь-ту, Tian Tu) 150
J (XIV) 23 (лянь-цюань, Lian Quan) 151
J (XIV) 24 (чэн-цзян, Cheng Jiang) 151

«н о в ы е» 177
PN1 (шан-цин-мин, Shang Jing Ming) 177
PN2 (ся-цин-мин, Xia Jing Ming) 177
PN3 (цзянь-мин, Jian Ming) 177
PN4 (цзянь-мин 1, Jian Ming 1) 177
PN5 (цзянь-мин 2, Jian Ming 2) 177
PN6 (цзянь-мин 3, Jian Ming 3) 177
PN7 (цзянь-мин 4, Jian Ming 4) 177
PN8 (шан-мин, Shang Ming) 177
PN9 (цзэн-мин 1, Zeng Ming 1) 177
PN10 (цзэн-мин 2, Zeng Ming 2) 178
PN11 (вай-мин, Wai Ming) 178
PN12 (би-тун, Bi Tong) 178
PN13 (тин-сюе, Ting Xue) 178
PN14 (тин-лин, Ting Ling) 178
PN15 (тин-цун, Ting Cong) 178
PN16 (тин-минь, Ting Min) 178
PN17 (шан-эр-гэнь, Shang Er Gen) 179
PN18 (хоу-тин-гун, Hou Ting Gong) 179
PN19 (хоу-тин-сюе, Hou Ting Xue) 179
PN20 (хоу-тин-хуэй, Hou Ting Hui) 179
PN21 (хоу-цун, Hou Cong) 179
PN22 (чи-цянь, Chi Qian) 179
PN23 (и-мин-ся, Yi Ming Xia) 179
PN24 (тянь-тин, Tian Ting) 179
PN25 (цянь-чжэн-сюе, Qian Zheng Xue) 179
PN26 (янь-чи, Yan Chi) 179
PN27 (ань-мянь 1, An Mian 1) 180
PN28 (ань-мянь 2, An Mian 2) 180
PN29 (син-фэнь, Xing Fen) 180
PN30 (жун-хоу, Rong Hou) 180
PN31 (цян-инь, Qiang Yin) 180
PN32 (цзэн-инь, Zeng Yin) 180
PN33 (ся-фу-ту, Xia Fu Tu) 181
PN34 (цзин-чжун, Jing Zhong) 181
PN35 (цзя-нэй, Jia Nei) 181
PN36 (шуй-шан, Shui Shang) 182
PN37 (вэй-лэ, Wei Le) 182
PN38 (чжи-се, Zhi Xie) 182
PN39 (ти-туо, Ti Tuo) 182
PN40 (чун-цзянь, Chong Jian) 182
PN41 (шу-си, Shu Xi) 182
PN42 (лю-цзин-чжуй-пан, Liu Jing Zhui Pang) 183
PN43 (сюе-я-дянь, Xue Ya Dian) 183
PN44 (ци-цзин-чжуй-пан, Qi Jing Zhui Pang) 183
PN45 (дин-чуань, Ding Chuan) 183
PN46 (вай-дин-чуань, Wai Ding Chuan) 183
PN47 (цзе-хэ-сюе, Jie He Xue) 183
PN48 (вэй-же-сюе, Wei Re Xue) 184
PN49 (чжун-чуань, Zhong Chuan) 184
PN50 (цзянь-тун-дянь, Jian Tong Dian) 184
PN51 (пи-же-сюе, Pi Re Xue) 184
PN52 (шэнь-же-сюе, Shen Re Xue) 184
PN53 (цзянь-мин 5, Jian Ming 5) 184
PN54 (куй-ян-сюе, Kui Yang Xue) 184
PN55 (вэй-шу, Wei Shu) 185
PN56 (шэнь-цзи, мин-мэнь-цзя-цзи, Shen Ji) 185
PN57 (тяо-юе, Tiao Yue) 185
PN58 (цзо-гу, Zuo Gu) 185
PN59 (пан-цян, Pang Qiang) 185
PN60 (я-тун, Ya Tong) 185
PN61 (нюе-мэнь, Nue Men) 185
PN62 (ло-лин-у, Luo Ling Wu) 185
PN63 (шан-хоу-си, Shang Hou Xi) 186
PN64 (си-шан, Xi Shang) 186
PN65 (ло-шан, Luo Shang) 186
PN66 (ин-ся, Ying Xia) 186
PN67 (ню-шан-сюе, Niu Shang Xue) 186
PN68 (гун-чжун, Gong Zhong) 186
PN69 (цзюй-би, Ju Bi) 186
PN70 (тай-цзянь, Tai Jian) 187
PN71 (ин-шан, Ying Shang) 187
PN72 (цзянь-минь, Jian Ming) 189
PN73 (нао-шан, цзянь-юй-ся, Nao Shang) 189
PN74 (цзянь-сань-чжэнь, Jian San Zhen) 189
PN75 (чжи-пин, Zhi Ping) 189
PN76 (пан-гу, Pang Gu) 189
PN77 (гэнь-пин, Gen Ping) 189
PN78 (нао-цин, шан-цзе-си, Nao Qing) 189
PN79 (цзин-ся, Jing Xia) 190
PN80 (вань-ли, Wan Li) 190
PN81 (ли-вай, Li Wai) 190
PN82 (ли-шан, Li Shang) 190
PN83 (ло-ди, гэнь-цзин, Luo Di) 190
PN84 (цзю-вай-фань 2, Jiu Wai Fan 2) 190
PN85 (цзю-нэй-фань, Jiu Nei Fan) 190
PN86 (чэн-цзянь, Cheng Jian) 191
PN87 (шан-си, Shang Xi) 191
PN88 (гань-янь, гань-янь-дянь, Gan Yan) 191
PN89 (цзю-вай-фань 1, Jiu Wai Fan 1) 191
PN90 (ди-цзянь, Di Jian) 192
PN91 (цзу-и-цун, Zu Yi Cong) 192
PN92 (лин-ся, Ling Xia) 192
PN93 (цзянь-ци, Jian Qi) 192
PN94 (сы-цян, Si Qiang) 193
PN95 (ци-ся, Qi Xia) 193
PN96 (синь-фу-ту, Xin Fu Tu) 193
PN97 (цянь-фэн-ши, Qian Feng Shi) 193
PN98 (май-бу, Mai Bu) 193

PN99 (цзяо-лин, ся-у-ли, Jiao Ling) 193
PN100 (вэй-шан, Wei Shang) 193
PN101 (чжи-ли, Zhi Li) 193
PN102 (вай-чжи-ли, Wai Zhi Li) 193
PN103 (инь-шан, Yin Shang) 194
PN104 (инь-кан, Yin Kang) 194
PN105 (хоу-сюе-хай, Hou Xue Hai) 194
PN106 (цзе-цзянь, Jie Jian) 195
PN107 (хоу-ян-гуань, Hou Yang Guan) 195
PN108 (шан-ян-гуань, Shang Yang Guan) 195
PN109 (шан-фэн-ши, Shang Feng Shi) 195
PN110 (цянь-цзинь, Qian Jin) 196

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ КОРПОРАЛЬНЫХ ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ

ань-мянь 1 (PN27, An Mian) 180
ань-мянь 2 (PN28, An Mian) 180

ба-се (PC107, Ba Xie) 165
ба-фэн (PC137, Ba Feng) 170
ба-хуа (PC53, Ba Hua) 159
ба-чжуй-ся (PC61, Ba Zhui Xia) 160
бай-лао (PC30, Bai Lao) 155
бай-хуань-шу [V(VII)30, Bai Huan Shu] 90
бай-хуэй [T(XIII)20, Bai Hui] 143
бай-чжун-фэн (PC52, Bai Zhong Feng) 159
бай-чун-во (PC163, Bai Chong Wo) 174
бань-мэнь (PC98, Ban Men) 164
бао-хуан [V(VII)53, Bao Huang] 96
би-гуань [E(III)31, Bi Guan] 57
би-лю (PC16, Bi Liu) 154
би-нао [GI(II)14, Bi Nao] 46
би-тун (PN12, Bi Tong) 178
би-чжун (PC115, Bi Zhong) 166
бин-фэн [IG(VI)12, Bing Feng] 78
бу-жун [E(III)19, Bu Rong] 54
бу-лан [R(VIII)22, Bu Lang] 106
бэнь-шэнь [VB(XI)13, Ben Shen] 123
бянь-тао (PC26, Bian Tao) 155

вай-гуань [TR(X)5, Wai Guan] 113
вай-дин-чуань (PN46, Wai Ding Chuan) 183
вай-лао-гун (PC109, Wai Lao Gong) 165
вай-лин [E(III)26, Wai Ling] 57
вай-мин (PN11, Wai Ming) 178
вай-сы-мань (PC43, Wai Si Man) 157
вай-хуай-цзянь (PC151, Wai Huai Jian) 173
вай-цзинь-цзинь (слева) (PC22, Wai Jin Jin) 155
вай-цю [VB(XI)36, Wai Qiu] 130
вай-чжи-ли (PN102, Wai Zhi Li) 193
вай-юй-е (справа) (PC22, Wai Yu Yi) 155
вань-гу [IG(VI)4, Wan Gu] 75
вань-ли (PN80, Wan Li) 190
вэй-бао (PC47, Wei Bao) 158
вэй-дао [VB(XI)28, Wei Dao] 127
вэй-же-сюе (PN48, Wei Re Xue) 184
вэй-лин (PC110, Wei Ling) 166
вэй-лэ (PN37, Wei Le) 182
вэй-цан [V(VII)50, Wei Cang] 95
вэй-чжун [V(VII)40, Wei Zhong] 92
вэй-шан (PN100, Wei Shang) 193
вэй-шу (PN55, Wei Shu) 185
вэй-шу [V(VII)21, Wei Shu] 88
вэй-ян [V(VII)39, Wei Yang] 91
вэнь-лю [GI(II)7, Wen Liu] 44

гань-шу [V(VII)18, Gan Shu) 87
гань-янь (PN88, Gan Yan) 191
гао-хуан [V(VII)43, Gao Huang] 93
гуан-мин [VB(XI)37, Guang Ming] 130
гуань-мэнь [E(III)22, Guan Men] 56
гуань-ту (PC159, Guan Tu) 174
гуань-чун [TR(X)1, Guan Chong] 112
гуань-юань [J(XIV)4, Guan Yuan] 147
гуань-юань-шу [V(VII)26, Guan Yuan Shu] 89
гуй-лай [E(III)29, Gui Lai] 57
гун-сунь [RP(IV)4, Gong Sun] 64
гун-чжун (PN68, Gong Zhong) 186
гэ-гуань [V(VII)46, Ge Guan] 95
гэ-шу [V(VII)17, Ge Shu) 87
гэнь-пин (PN77, Gen Ping) 189

да-бао [RP(IV)21, Da Bao] 70
да-гу-кун (PC100, Da Gu Kong) 164
да-ду [RP(IV)2, Da Du] 64
да-дунь [F(XII)1, Da Dun] 133
да-ин [E(III)5, Da Ying] 51
да-лин [MC(IX)7, Da Ling] 110
да-лунь (PC161, Da Lun) 174
да-хэ [R(VIII)12, Da He] 104
да-хэн [RP(IV)15, Da Heng] 69
да-цзюй [E(III)27, Da Ju] 57
да-чан-шу [V(VII)25, Da Chang Shu] 89
да-чжу [V(VII)11, Da Zhu] 85
да-чжуй [T(XIII)14, Da Zhui] 142
да-чжун [R(VIII)4, Da Zhong] 101
дай-май [VB(XI)26, Dai Mai] 127
дань-нан-дянь (PC152, Dan Nang Dian) 173
дань-шу [V(VII)19, Dan Shu] 87
ди-у-хуэй [VB(XI)42, Di Wu Hui] 131
ди-хэ (PC19, Di He) 154
ди-цан [E(III)4, Di Cang] 51
ди-цзи [RP(IV)8, Di Ji] 66
ди-цзянь (PN90, Di Jian) 192
дин-чуань (PN45, Ding Chuan) 183
дин-шу (PC113, Ding Yu) 166
ду-би [E(III)35, Du Bi] 59
ду-шу [V(VII)16, Du Shu] 87
дуй-дуань [T(XIII)27, Dui Duan] 145

е-лин (PC125, Ye Ling) 168
е-мэнь [TR(X)2 Ye Men] 112

жань-гу [R(VIII)2, Ran Gu] 100
жи-юе [VB(XI)24, Ri Yue] 126
жу-гэнь [E(III)18, Ru Gen] 54
жу-чжун [E(III)17, Ru Zhong] 54
жун-хоу (PN30, Rong Hou) 180
жэнь-ин [E(III)9, Ren Ying] 53
жэнь-чжун [T(XIII)26, Ren Zhong] 145

и-мин (PC13, Yi Ming) 154
и-мин-ся (PN23, Yi Ming Xia) 179
и-си [V(VII)45, Yi Xi] 94

и-фэн [TR (X) 17, Yi Feng] 117
и-цзин (PC45, Yi Jing) 158
и-шань-мэнь (PC103, Yi Shan Men) 165
и-шу (PC62, Yi Yu) 160
и-шэ [V (VII) 49, Yi She] 95
ин-ся (PN66, Ying Xia) 186
ин-сян [GI (II) 20, Ying Xiang] 49
ин-чуан [E (III) 16, Ying Chuang] 54
ин-шан (PN71, Ying Shang) 187
инь-бай [RP (IV) 1, Yin Bai] 64
инь-бао (F (XII) 9, Yin Bao) 135
инь-вэй 1 (PC166, Yin Wei 1) 175
инь-вэй 2 (PC167, Yin Wei 2) 176
инь-вэй 3 (PC168, Yin Wei 3) 176
инь-гу [R (VIII) 10, Yin Gu] 103
инь-ду [R (VIII) 19, Yin Du] 106
инь-кан (PN104, Yin Kang) 194
инь-коу (PC60, Yin Kou) 160
инь-лин-цюань [RP (IV) 9, Yin Ling Quan] 66
инь-лянь [F (XII) 11, Yin Lian] 137
инь-мэнь [V (VII) 37, Yin Men] 91
инь-си [C (V) 6, Yin Xi] 72
инь-тан (PC3, Yin Tang) 151
инь-цзяо [J (XIV) 7, Yin Jiao] 147
инь-цзяо [T (XIII) 28, Yin Jiao] 146
инь-шан (PN103, Yin Shang) 194
инь-ши [E (III) 33, Yin Shi] 59

ку-фан [E (III) 14, Ku Fang] 53
куань-гу (PC157, Kuan Gu) 174
куй-ян-сюе (PN54, Kui Yang Xue) 184
кун-цзуй [P (I) 6, Kong Zui] 39
кунь-лунь [V (VII) 60, Kun Lun] 98

лань-вэй (PC142, Lan Wei) 171
лао-гун [MC (IX) 8, Lao Gong] 110
ле-цюе [P (I) 7, Lie Que] 39
ли-вай (PN81, Li Wai) 190
ли-гоу [F (XII) 5, Li Gou] 134
ли-дуй [E (III) 45, Li Dui] 62
ли-нэй-тин (PC130, Li Nei Ting) 170
ли-шан (PN82, Li Shang) 190
лин-бао (PC171, Ling Bao) 177
лин-дао [C (V) 4, Ling Dao] 72
лин-сюй [R (VIII) 24, Ling Xu] 107
лин-ся (PN92, Ling Xia) 192
лин-тай [T (XIII) 10, Ling Tai] 141
лин-хоу (PC153, Ling Hou) 173
лин-хоу-ся (PC154, Ling Hou Xia) 173
ло-ди (PN83, Luo Di) 190
ло-лин-у (PN62, Luo Ling Wu) 185
ло-цзин (PC27, Luo Jing) 155
ло-цюе [V (VII) 8, Luo Que] 84
ло-чжэнь (PC108, Luo Zhen) 165
ло-шан (PN65, Luo Shang) 186
лоу-гу [RP (IV) 7, Lou Gu] 66
лу-си [TR (X) 19, Lu Xi] 117
лун-сюе (PC11, Long Xue) 153
лун-хань (PC34, Lung Han) 156
лю-цзин-чжуй-пан (PN42, Liu Jing Zhui Pang) 183
лян-мэнь [E (III) 21, Liang Men] 56
лян-цю [E (III) 34, Liang Qiu] 59
лян-янь (PC58, Liang Yan) 160
лянь-цюань [J (XIV) 23, Lian Quan] 151
ляо-ляо (PC160, Liao Liao) 174

май-бу (PN98, Mai Bu) 193
мин-мэнь [T (XIII) 4, Ming Men] 138
мин-янь (PC93, Ming Yan) 163
му-чжи-ли-хэн-вэнь (PC131, Mu Zhi Li Heng Wen) 170
му-чжи-хэн-ли-сань-мао (PC136, Mu Zhi Heng Li San Mao) 170
му-чжи-цзе-хэн-вэнь (PC91, Mu Zhi Jie Heng Wen) 163
му-чжи-цзянь (PC87, Mu Zhi Jian) 163
му-чуан [VB (XI) 16, Mu Chuang] 124
мэй-хуа (PC36, Mei Hua) 156
мэй-чун [V (VII) 3, Mei Chong] 83

нао-кун [VB (XI) 19, Nao Kong] 125
нао-ху [T (XIII) 17, Nao Hu] 143
нао-хуэй [TR (X) 13, Nao Hui] 116
нао-цин (PN78, Nao Qing) 189
нао-шан (PN73, Nao Shang) 189
нао-шу [IG (VI) 10, Nao Shu] 77
нэй-гуань [MC (IX) 6, Nei Guan] 109
нэй-тин [E (III) 44, Nei Ting] 62
нэй-хуай-цзянь (PC146, Nei Huai Jian) 172
нэй-ян-чи (PC97, Nei Yang Chi) 164
ню-шан-сюе (PN67, Niu Shang Xue) 186
нюе-мэнь (PN61, Nue Men) 185
нюй-ци (PC138, Nu Qi) 170

пан-гу (PN76, Pang Gu) 189
пан-гуан-шу [V (VII) 28, Pang Guang Shu) 89
пан-лао-гун (PC96, Pang Lao Gong) 164
пан-лянь-цюань (PC24, Pang Lian Quan) 155
пан-цян (PN59, Pang Qiang) 185
пи-гэнь (PC66, Pi Gen) 161
пи-же-сюе (PN51, Pi Re Xue) 184
пи-шу [V (VII) 20, Pi Shu] 87
пинь-сюе-лин (PC82, Pin Xue Ling) 162
по-ху [V (VII) 42, Po Hu] 93
пу-шэнь [V (VII) 61, Pu Shen] 98
пянь-ли [GI (II) 6, Pian Li] 43

сань-инь-цзяо [RP (IV) 6, San Yin Jiao] 65
сань-сяо (PC17, San Xiao) 154
сань-цзянь [GI (II) 3, San Jian] 42
сань-цзяо-шу [V (VII) 22, San Jiao Shu] 88
сань-чи [PC123, San Chi] 168
сань-шан (PC99, San Shang) 164
сань-ян-ло [TR (X) 8 San Yang Luo] 114
си-гуань [F (XII) 7 Xi Guan] 135
си-мэнь [MC (IX) 4, Xi Men] 109
си-шан (PN64, Xi Shang) 186
син-фэнь (PN29, Xing Fen) 180
син-цзянь [F (XII) 2, Xing Jian] 133
синь-фу-ту (PN96, Xin Fu Tu) 193
синь-хуэй [T (XIII) 22, Xin Xui] 144
синь-ши (PC29, Xin Shi) 155
синь-шу [V (VII) 15, Xin Shu] 86
су-ляо [T (XIII) 25, Su Liao] 144
сы-бай [E (III) 2, Si Bai] 50
сы-ду [TR (X) 9, Si Du] 114
сы-лянь (PC169, Si Lian) 176
сы-мань [R (VIII) 14, Si Man] 104
сы-фэн (PC94, Si Feng) 163
сы-цян (PN94, Si Qiang) 193
сы-чжу-кун [TR (X) 23, Si Zhu Kong] 119
сы-шэнь-цун (PC1, Si Shen Cong) 151
сюань-ли [VB (XI) 6, Xuan Li] 122

сюань-лу [VB (XI) 5, Xuan Lu] 122
сюань-цзи [J (XIV) 21, Xuan Ji] 150
сюань-чжун [VB (XI) 39, Xuan Zhong] 130
сюань-шу [T (XIII) 5, Xuan Shu] 140
сюе-хай [RP (IV) 10, Xue Hai] 66
сюе-чоу (PC67, Xue Chou) 161
сюе-я-дянь [PN43, Xue Ya Dian] 183
сюн-сян [RP (IV) 19, Xiong Xiang] 69
ся-бай [P (I) 4, Xia Bai] 38
ся-вань [J (XIV) 10, Xia Wan] 148
ся-вэнь-лю (PC120, Xia Wen Liu) 167
ся-гуань [E (III) 7, Xia Guan] 52
ся-кунь-лунь (PC141, Xia Kun Lun) 171
ся-лянь [GI (II) 8, Xia Lian] 44
ся-ляо [V (VII) 34, Xia Liao] 91
ся-си [VB (XI) 43, Xia Xi] 131
ся-фу-ту (PN33, Xia Fu Tu) 181
ся-цзи-шу (PC71, Xia Ji Shu) 162
ся-цзюй-сюй [E (III) 39, Xia Ju Xu] 60
ся-цин-мин (PN2, Xia Jing Ming) 177
ся-чжуй (PC80, Xia Zhui) 162
сянь-гу [E (III) 43, Xian Gu] 62
сяо-гу-кун (PC102, Xiao Gu Kong) 164
сяо-лэ [TR (X) 12, Xiao Luo] 115
сяо-хай [IG (VI) 8, Xiao Hai] 77
сяо-чан-шу [V (VII) 27, Xiao Chang Shu] 89
сяо-чжи-цзе (PC105, Xiao Zhi Jie) 165
сяо-чжи-цзянь (PC88, Xiao Zhi Jian) 163
сяо-чжи-цзянь (PC135, Xiao Zhi Jian) 170

тай-бай [RP (IV) 3, Tai Bai] 64
тай-и [E (III) 23, Tai Yi] 56
тай-инь-цяо (PC140, Tai Yin Qiao) 171
тай-си [R (VIII) 3, Tai Xi) 101
тай-цзянь (PN70, Tai Jian) 187
тай-чун [F (XII) 3, Tai Chong] 133
тай-юань [P (I) 9, Tai Yuan] 40
тай-ян (PC9, Tai Yang) 153
тань-чжун [J (XIV) 17, Tan Zhong] 150
тань-чуань (PC33, Tan Chuan) 156
тао-дао [T (XIII) 13, Tao Dao] 141
ти-туо (PN39, Ti Tuo) 182
тин-гун [IG (VI) 19, Ting Gong] 81
тин-лин (PN14, Ting Ling) 178
тин-минь (PN16, Ting Min) 178
тин-сюе (PN13, Ting Xue) 178
тин-тоу (PC50, Ting Tou) 158
тин-хуэй [VB (XI) 2, Ting Xui] 121
тин-цун (PN15, Ting Cong) 178
тоу-вань-гу [VB (XI) 12, Wan Gu] 123
тоу-вэй [E (III) 8, Tou Wei] 52
тоу-гуан-мин (PC5, Tou Guang Ming) 152
тоу-линь-ци [VB (XI) 15, Tou Lin Qi] 124
тоу-цяо-инь [VB (XI) 11, Tou Qiao Yin] 123
тун-ли [C (V) 5, Tong Li] 72
тун-тянь [V (VII) 7, Tong Tian] 84
тун-цзы-ляо [VB (XI) 1, Tong Zi Liao] 121
тунь-чжун (PC83, Tun Zhong) 162
тянь-дин [GI (II) 17, Tian Ding] 47
тянь-жун [IG (VI) 17, Tian Rong] 81
тянь-лин (PC126, Tian Ling) 169
тянь-ляо [TR (X) 15, Tian Liao] 117
тянь-си [RP (IV) 18, Tian Xi] 69
тянь-тин (PN24, Tian Ting) 179
тянь-ту [J (XIV) 22, Tian Tu] 150
тянь-фу [P (I) 3, Tian Fu] 38
тянь-цзин [TR (X) 10, Tian Jing] 114
тянь-цзун [IG (VI) 11, Tian Zong] 77
тянь-цюань [MC (IX) 2, Tian Quan] 108
тянь-чжу [V (VII) 10, Tian Zhu] 85
тянь-чи [MC (IX) 1, Tian Chi] 107
тянь-чуан [IG (VI) 16, Tian Chuang] 80
тянь-чун [VB (XI) 9, Tian Chong] 122
тянь-шу [E (III) 25, Tian Shu] 56
тянь-ю [TR (X) 16, Tian You] 117
тяо-коу [E (III) 38, Tiao Kou] 60
тяо-юе (PN57, Tiao Yue) 185

у-и [E (III) 15, Wu Yi] 54
у-лин (PC170, Wu Ling) 177
у-мин (PC55, Wu Ming) 159
у-чу [V (VII) 5, Wu Chu] 84
у-шу [VB (XI) 27, Wu Shu] 127

фу-ай [RP (IV) 16, Fu Ai] 69
фу-бай [VB (XI) 10, Fu Bai] 123
фу-лю [R (VIII) 7, Fu Liu] 103
фу-си [V (VII) 38, Fu Xi] 91
фу-ту [E (III) 32, Fu Tu] 57
фу-ту [GI (II) 18, Fu Tu] 47
фу-тун-гу [R (VIII) 20, Fu Tong Gu] 106
фу-фэнь [V (VII) 41, Fu Fen] 93
фу-цзе [RP (IV) 14, Fu Jie] 68
фу-шэ [RP (IV) 13, Fu She] 68
фу-ян [V (VII) 59, Fu Yang] 98
фэй-шу [V (VII) 13, Fei Shu] 86
фей-ян [V (VII) 58, Fei Yang] 97
фэн-гуань (PC89, Feng Guan) 163
фэн-лун [E (III) 40, Feng Long) 61
фэн-мэнь [V (VII) 12, Feng Men] 85
фэн-фу [T (XIII) 16, Feng Fu] 142
фэн-чи [VB (XI) 20, Feng Chi] 125
фэн-ши [VB (XI) 31, Feng Shi] 128
фэн-янь (PC28, Feng Yan) 155
фэн-янь (PC92, Feng Yan) 163

хай-ляо (PC18, Hai Liao) 154
хань-янь [VB (XI) 4, Han Yan] 122
хоу-дин [T (XIII) 19, Hou Ding] 143
хоу-е (PC129, Hou Ye) 169
хоу-си [IG (VI) 3, Hou Xi] 75
хоу-сюе-хай (PN105, Hou Xue Hai) 194
хоу-тин-гун (PN18, Hou Ting Gong) 179
хоу-тин-сюе (PN19, Hou Ting Xue) 179
хоу-тин-хуэй (PN20, Hou Ting Hui) 179
хоу-ци-мэнь (PC72, Hou Qi Men) 162
хоу-цун (PN21, Hou Cong) 179
хоу-ян-гуань (PN107, Hou Yang Guan) 195
хуа-гай [J (XIV) 20, Hua Gai] 150
хуа-жоу-мэнь [E (III) 24, Hua Rou Men] 56
хуа-туо-цзя-цзи (PC85, Hua Tuo Jia Ji) 163
хуан-мэнь [V (VII) 51, Huang Men] 95
хуан-шу [R (VIII) 16, Huang Shu] 104
хуань-тяо [VB (XI) 30, Huan Tiao] 128
хуань-чжун (PC84, Huan Zhong) 163
хун-инь (PC23, Hong Yin) 155
хунь-мэнь [V (VII) 47, Hun Men] 95
хунь-шэ (PC39, Hun She) 157
хуэй-инь [J (XIV) 1, Hui Yin] 146
хуэй-цзун [TR (X) 7, Hui Zong] 114
хуэй-ян [V (VII) 35, Hui Yang] 91
хэ-гу [GI (II) 4, He Gu] 42
хэ-дин (PC156, He Ding) 174
хэ-ляо [GI (II) 19, He Liao] 49
хэ-ляо [TR (X) 22, He Liao] 119
хэ-ян [V (VII) 55, He Yang] 96
хэн-вэнь (PC40, Heng Wen) 157
хэн-гу [R (VIII) 11, Heng Gu] 104

цзе-гу (PC65, Jie Gu) 161
цзе-си [E (III) 41, Jie Xi] 62
цзе-хэ-сюе (PN47, Jie He Xue) 183
цзе-цзянь (PN106, Jie Jian) 195
цзи-май [F (XII) 12, Ji Mai] 137
цзи-мэнь [RP (IV) 11, Ji Men] 67
цзи-цзюй-пи-куай (PC69, Ji Ju Pi Kuai) 161
цзи-цюань [C (V) 1, Ji Quan] 70
цзи-чжун [T (XIII) 6, Ji Zhong] 140
цзин-гу [V (VII) 64, Jing Gu] 99
цзин-лин (PC111, Jing Ling) 166
цзин-мэнь [VB (XI) 25, Jing Men] 127
цзин-ся (PN79, Jing Xia) 190
цзин-цюй [P (I) 8, Jing Qu] 40
цзин-чжун (PC42, Jing Zhong) 157
цзин-чжун (PN34, Jing Zhong) 181
цзинь-мэнь [V (VII) 63, Jin Men] 99
цзинь-со [T (XIII) 8, Jin Suo] 140
цзинь-цзинь (слева) (PC20, Jin Jin) 154
цзо-гу (PN58, Zuo Gu) 185
цзо-и (слева) (PC35, Zuo Yi) 156
цзу-и-цун (PN91, Zu Yi Cong) 192
цзу-мин (PC162, Zu Ming) 174
цзу-линь-ци [VB (XI) 41, Zu Lin Qi] 131
цзу-ло (PC164, Zu Luo) 174
цзу-мин (PC162, Zu Ming) 174
цзу-сань-ли [E (III) 36, Zu San Li] 59
цзу-синь (PC133, Zu Xin) 170
цзу-тун-гу [V (VII) 66, Zu Tong Gu] 99
цзу-у-ли [F (XII) 10, Zu Wu Li] 136
цзу-цяо-инь [VB (XI) 44, Zu Qiao Yin] 132
цзу-чжун-пин (PC143, Zu Zhong Ping) 171
цзу-ян-гуань [VB (XI) 33, Xi Yang Guan] 129
цзы-гун [J (XIV) 19, Zi Gong] 150
цзы-гун (PC49, Zi Gong) 158
цзэ-ся (PC116, Ze Xia) 167
цзэ-цянь (PC117, Ze Qian) 167
цзэн-инь (PN32, Zeng Yin) 180
цзэн-мин 1 (PN9, Zeng Ming 1) 177
цзэн-мин 2 (PN10, Zeng Ming 2) 178
цзю-вай-фань 1 (PN89, Jiu Wai Fan 1) 191
цзю-вай-фань 2 (PN84, Jiu Wai Fan 2) 190
цзю-вэй [J (XIV) 15, Jiu Wei] 148
цзю-дянь-фэн (PC90, Jiu Dian Feng) 163
цзю-нэй-фань (PN85, Jiu Nei Fan) 190
цзю-ци (PC78, Jiu Qi) 162
цзюе-инь-шу [V (VII) 14, Jue Yin Shu] 86
цзюе-цзунь (PC44, Jue Jun) 158
цзюй-би (PN69, Ju Bi) 186
цзюй-гу [GI (II) 16, Ju Gu] 47
цзюй-ляо [E (III) 3, Ju Liao] 51
цзюй-ляо [VB (XI) 29, Ju Liao] 127
цзюй-цзюе (PC54, Ju Jue) 159
цзюй-цюе [J (XIV) 14, Ju Que] 148
цзюй-цюе-шу (PC57, Ju Que Yu) 160
цзя-би (PC15, Jia Bi) 154
цзя-нэй (PN35, Jia Nei) 181
цзя-чэ [E (III) 6, Jia Che] 52
цзянь-вай-шу [IG (VI) 14, Jian Wai Shu] 79
цзянь-ли [J (XIV) 11, Jian Li] 148
цзянь-ляо [TR (X) 14, Jian Liao] 116
цзянь-мин (PN3, Jian Ming) 177
цзянь-мин 1 (PN4, Jian Ming 1) 177
цзянь-мин 2 (PN5, Jian Ming 2) 177
цзянь-мин 3 (PN6, Jian Ming 3) 177
цзянь-мин 4 (PN7, Jian Ming 4) 177
цзянь-мин 5 (PN53, Jian Ming 5) 184
цзянь-минь (PN72, Jian Ming) 189
цзянь-сань-чжэнь (PN74, Jian San Zhen) 189
цзянь-тун-дянь (PN50, Jian Tong Dian) 184
цзянь-цзин [VB (XI) 21, Jian Jing] 125
цзянь-ци (PN93, Jian Qi) 192
цзянь-чжун-шу [IG (VI) 15, Jian Zhong Shu] 80
цзянь-чжэнь [IG (VI) 9, Jian Zhen] 77
цзянь-ши [MC (IX) 5, Jian Shi] 109
цзянь-шу (PC127, Jian Yu) 169
цзянь-юй [GI (II) 15, Jian Yu] 47
цзяо-и (PC150, Jiao Yi) 173
цзяо-лин (PN99, Jiao Ling) 193
цзяо-синь [R (VIII) 8, Jiao Xin] 103
цзяо-сунь [TR (X) 20, Jiao Sun] 118
ци-вай (PC155, Qi Wai) 173
ци-май [TR (X) 18, Qi Maj] 117
ци-мэнь [F (XII) 14, Qi Men] 137
ци-мэнь (PC46, Qi Men) 158
ци-сюе [R (VIII) 13, Qi Xue] 104
ци-ся (PC144, Qi Xia) 171
ци-ся (PN95, Qi Xia) 193
ци-хай [J (XIV) 6, Qi Hai] 147
ци-хай-шу [V (VII) 24, Qi Hai Shu] 88
ци-ху [E (III) 13, Qi Hu] 53
ци-цзин-чжуй-пан (PN44, Qi Jing Zhui Pang) 183
ци-чжун (PC41, Qi Zhong) 157
ци-чуань (PC59, Qi Chuan) 160
ци-чун [E (III) 30, Qi Chong] 57
ци-шэ [E (III) 11, Qi She] 53
ци-янь (PC145, Qi Yan) 171
цин-лин [C (V) 2, Qing Ling] 70
цин-лэн-юань [TR (X) 11, Qing Leng Yuan] 114
цин-мин [V (VII) 1, Jing Ming] 82
цуань-чжу [V (VII) 2, Cuan Zhu] 83
цунь-пин (PC119, Cun Ping) 167
цы-ляо [V (VII) 32, Ci Liao] 90
цю-сюй [VB (XI) 40, Qiu Xu] 131
цю-хоу (PC8, Qiu Hou) 152
цюань-ляо [IG (VI) 18, Quan Liao] 81
цюань-цзянь (PC106, Quan Jian) 165
цюань-шэн-цзу (PC139, Quan Sheng Zu) 170
цюе-пэнь [E (III) 12, Que Pen] 53
цюй-бинь [VB (XI) 7, Qu Bin] 122
цюй-гу [J (XIV) 2, Qu Gu] 147
цюй-цзэ [MC (IX) 3, Qu Ze] 109
цюй-цюань [F (XII) 8, Qu Quan] 135
цюй-ча [V (VII) 4, Qu Cha] 83
цюй-чи [GI (II) 11, Qu Chi] 45
цюй-юань [IG (VI) 13, Qu Yuan] 78
цюй-ян-вэй (PC122, Qu Yang Wei) 168
цян-инь (PN31, Qiang Yin) 180
цян-цзянь [T (XIII) 18, Qiang Jian] 143
цянь-гу [IG (VI) 2, Qian Gu] 74
цянь-дин [T (XIII) 21, Qian Ding] 144
цянь-фэн-ши (PN97, Qian Feng Shi) 193
цянь-хоу-инь-чжу (PC132, Qian Hou Yin Zhu) 170
цянь-цзинь (PN110, Qian Jin) 196
цянь-чжэн-сюе (PN25, Qian Zheng Xue) 179

чан-и (PC48, Chang Yi) 158
чан-фэн (PC68, Chang Feng) 161
чан-цян [T (XIII) 1, Chang Qiang] 138
чжан-мэнь [F (XII) 13, Zhang Men] 137
чжао-хай [R (VIII) 6, Zhao Hai] 102
чжи-бянь [V (VII) 54, Zhi Bian] 96
чжи-гоу [TR (X) 6, Zhi Gou] 114
чжи-инь [V (VII) 67, Zhi Yin] 100
чжи-ли (PN101, Zhi Li) 193
чжи-пин (PN75, Zhi Ping) 189
чжи-се (PN38, Zhi Xie) 182
чжи-чжуань-цзинь (PC147, Zhi Zhuan Jin) 172
чжи-чжэн [IG (VI) 7, Zhi Zheng] 76

чжи-ши [V (VII) 52, Zhi Shi] 96
чжи-ян [T (XIII) 9, Zhi Yang] 141
чжо-юй (PC64, Zhuo Yu) 160
чжоу-жун [RP (IV) 20, Zhou Rong] 69
чжоу-ляо [GI (II) 12, Zhou Liao] 45
чжоу-шу (PC124, Zhou Yu) 168
чжу-бинь [R (VIII) 9, Zhu Bin] 103
чжу-це (PC56, Zhu Ce) 160
чжу-чжан (PC70, Zhu Zhang) 161
чжун-вань [J (XIV) 12, Zhong Wan] 148
чжун-ду [F (XII) 6, Zhong Du] 135
чжун-ду [VB (XI) 32, Zhong Du] 129
чжун-куй (PC101, Zhong Kui) 164
чжун-кун (PC76, Zhong Kong) 162
чжун-люй-шу [V (VII) 29, Zhong Lu Shu] 90
чжун-ляо [V (VII) 33, Zhong Liao] 90
чжун-тин [J (XIV) 16, Zhong Ting] 150
чжун-фу [P (I) 1, Zhong Fu] 37
чжун-фэн [F (XII) 4, Zhong Feng] 134
чжун-цзи [J (XIV) 3, Zhong Ji] 147
чжун-цюань (PC118, Zhong Quan) 167
чжун-чжу [R (VIII) 15, Zhong Zhu] 104
чжун-чжу [TR (X) 3, Zhong Zhu] 112
чжун-чуань (PN49, Zhong Chuan) 184
чжун-чун [MC (IX) 9, Zhong Chong] 111
чжун-шу [T (XIII) 7, Zhong Shu] 140
чжэ-цзинь [VB (XI) 23, Zhe Jin] 126
чжэн-ин [VB (XI) 17, Zheng Ying] 124
чи-жао (PC121, Chi Rao) 167
чи-сюе (PC32, Chi Xue) 156
чи-цзэ [P (I) 5, Chi Ze] 39
чи-цянь (PN22, Chi Qian) 179
чуань-си (PC51, Chuan Xi) 158
чун-гу (PC31, Chong Gu) 156
чун-мэнь [RP (IV) 12, Chong Men] 67
чун-цзянь (PN40, Chong Jian) 182
чун-ян [E (III) 42, Chong Yang] 62
чэн-гу (PC165, Cheng Gu) 175
чэн-гуань [V (VII) 6, Cheng Guang] 84
чэн-лин [VB (XI) 18, Cheng Ling] 124
чэн-мань [E (III) 20, Cheng Man] 54
чэн-мин (PC149, Cheng Ming) 173
чэн-фу [V (VII) 36, Cheng Fu] 91
чэн-цзинь [V (VII) 56, Cheng Jin] 97
чэн-цзян [J (XIV) 24, Cheng Jiang] 151
чэн-цзянь (PN86, Cheng Jian) 191
чэн-ци [E (III) 1, Cheng Qi] 49
чэн-шань [V (VII) 57, Cheng Shan] 97

шан-вань [J (XIV) 13, Shang Wan] 148
шан-гуань [VB (XI) 3, Shang Guan] 121
шан-ин-сян (PC14, Shang Ying Xiang) 154
шан-лянь [GI (II) 9, Shang Lian] 44
шан-лянь-цюань (PC21, Shang Lian Quan) 154
шан-ляо [V (VII) 31, Shang Liao] 90
шан-мин (PN8, Shang Ming) 177
шан-си (PN87, Shang Xi) 191
шан-син [T (XIII) 23, Shang Xing] 144
шан-фэн-ши (PN109, Shang Feng Shi) 195
шан-хоу-си (PN63, Shang Hou Xi) 186
шан-цзюй-сюй [E (III) 37, Shang Ju Xu] 59
шан-цин-мин (PN1, Shang Jing Ming) 177
шан-цю [RP (IV) 5, Shang Qiu] 64
шан-цюй [R (VIII) 17, Shang Qu] 106
шан-эр-гэнь (PN17, Shang Er Gen) 179
шан-ян [GI (II) 1, Shang Yang] 41
шан-ян-гуань (PN108, Shang Yang Guan) 195
шань-гэнь (PC4, Shan Gen) 152
шао-фу [C (V) 8, Shao Fu] 73
шао-хай [C (V) 3, Shao Hai] 71
шао-цзэ [IG (VI) 1, Shao Ze] 74
шао-чун [C (V) 9, Shao Chong] 73
шао-шан [P (I) 11, Shao Shang] 41
шао-ян-вэй (PC148, Shao Yang Wei) 172
ши-гуань (PC38, Shi Guan) 157
ши-гуань [R (VIII) 18, Shi Guan] 106
ши-доу [RP (IV) 17, Shi Dou] 69
ши-мэнь [J (XIV) 5, Shi Men] 147
ши-мянь (PC134, Shi Mian) 170
ши-сюань (PC86, Shi Xuan) 163
ши-цан (PC37, Shi Cang) 157
ши-ци-чжуй-ся (PC75, Shi Qi Zhui Xia) 162
шоу-сань-ли [GI (II) 10, Shou San Li] 44
шоу-у-ли [GI (II) 13, Shou Wu Li] 46
шоу-цзинь-мэнь (PC112, Shou Jin Men) 166
шоу-чжун-пин (PC95, Shou Zhong Ping) 164
шу-бянь (PC63, Shu Bian) 160
шу-гу [V (VII) 65, Shu Gu] 99
шу-си (PN41, Shu Xi) 182
шу-фу [R (VIII) 27, Shu Fu] 107
шуай-гу [VB (XI) 8, Shuai Gu] 122
шуй-дао [E (III) 28, Shui Dao] 57
шуй-ту [E (III) 10, Shui Tu] 53
шуй-фэнь [J (XIV) 9, Shui Fen] 148
шуй-цюань [R (VIII) 5, Shui Quan] 102
шуй-шан (PN36, Shui Shang) 182
шэнь-дао [T (XIII) 11, Shen Dao] 141
шэнь-же-сюе (PN52, Shen Re Xue) 184
шэнь-май [V (VII) 62, Shen Mai] 98
шэнь-мэнь [C (V) 7, Shen Men] 73
шэнь-си (PC158, Shen Xi) 174
шэнь-тан [V (VII) 44, Shen Tang] 94
шэнь-тин [T (XIII) 24, Shen Ting] 144
шэнь-фэн [R (VIII) 23, Shen Feng] 106
шэнь-цан [R (VIII) 25, Shen Cang] 107
шэнь-цзи (PN56, Shen Ji) 185
шэнь-цюе [J (XIV) 8, Shen Que] 147
шэнь-чжу [T (XIII) 12, Shen Zhu] 141
шэнь-шу [V (VII) 23, Shen Shu] 88

э-чжун (PC2, E Zhong) 151
эр-бай (PC114, Er Bai) 166
эр-мэнь [TR (X) 21, Er Men] 118
эр-хоу-цзин (PC12, Er Hou Jing) 153
эр-цзянь [GI (II) 2, Er Jian] 41
эр-цзянь (PC10, Er Jian) 153
эр-шань-мэнь (PC104, Er Shan Men) 165

ю-мэнь [R (VIII) 21, You Men] 106
юань-е [VB (XI) 22, Yuan Ye] 125
юй-вэй (PC7, Yu Wei) 152
юй-е (справа) (PC20, Yu Yi) 154
юй-и (справа) (PC35, Yuo Yi) 156
юй-тан [J (XIV) 18, Yu Tang] 150
юй-тянь (PC81, Yu Tian) 162
юй-цзи [P (I) 10, Yu Ji] 40
юй-цянь (PC128, Yu Qian) 169
юй-чжун [R (VIII) 26, Yu Zhong] 107
юй-чжэнь [V (VII) 9, Yu Zhen] 85
юй-яо (PC6, Yu Yao) 152
юн-цюань [R (VIII) 1, Yong Quan] 100
юнь-мэнь [P (I) 2, Yun Men] 38

я-мэнь [T (XIII) 15, Ya Men] 142
я-сюе (PC25, Ya Xue) 155
я-тун (PN60, Ya Tong) 185

ян-бай [VB (XI) 14, Yang Bai] 124
ян-ган [V (VII) 48, Yang Gang] 95
ян-гу [IG (VI) 5, Yang Gu] 76
ян-лао [IG (VI) 6, Yang Lao] 76
ян-лин-цюань [VB (XI) 34, Yang Ling Quan] 129
ян-си [GI (II) 5, Yang Xi] 43
ян-фу [VB (XI) 38, Yang Fu] 130
ян-цзяо [VB (XI) 35, Yang Jiao] 130
ян-чи [TR (X) 4, Yang Chi] 113
янь-чи (PN26, Yan Chi) 179
яо-гэнь (PC77, Yao Gen) 162
яо-и (PC73, Yao Yi) 162
яо-ци (PC79, Yao Qi) 162
яо-шу [T (XIII) 2, Yao Yu] 138
яо-ян-гуань [T (XIII) 3, Yao Yang Guan] 138
яо-янь (PC74, Yao Yan) 162